15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VI. N° 43. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 22 OCTOBRE 1887.

Le Progrès Médical

OBSTÉTRIQUE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — Service de **M. P. BUDIN.**

Hémorrhagie considérable par rupture traumatique de varices des organes génitaux externes pendant la grossesse ;

Par T. LEGRY, interne des hôpitaux.

L'apparition d'une hémorrhagie pendant les derniers mois de la grossesse éveille, en général, aussitôt l'idée d'un placenta prævia. Il faut bien savoir, cependant, que si l'insertion placentaire vicieuse est, en effet, la cause la plus fréquente des pertes sanguines survenant à cette époque de la gestation, il est un certain nombre de cas qui reconnaissent une étiologie toute différente.

A cette dernière catégorie de faits se rattachent les hémorrhagies dues à la rupture de varices des organes génitaux externes. La véritable source de l'écoulement sanguin est si souvent méconnue, lors d'un accident de cette nature, et, d'autre part, la nécessité d'une intervention rapide est si urgente, que nous avons cru bon de publier l'observation suivante :

Obs. Le 3 juillet, à une heure du matin, on apportait sur un brancard, dans le service d'accouchement de la Charité, une femme pâle, exsangue, qui avait eu, par les organes génitaux, une hémorrhagie considérable. La sage-femme qui l'accompagne complète le récit de la malade qui, vu son état de faiblesse extrême, ne peut répondre que d'une façon très insuffisante aux questions qui lui sont posées. Cette femme, secondipare, était arrivée à peu près au terme de sa grossesse, au cours de laquelle elle n'avait présenté d'autre accident qu'un peu d'œdème des membres inférieurs survenu vers le cinquième mois, avec quelques crampes douloureuses dans les mollets. Depuis quelques jours, elle éprouvait des douleurs vagues dans les reins et la région hypogastrique.

Le 2 juillet, à onze heures du soir, après une courte promenade, elle monte sur l'impériale d'un tramway pour rentrer chez elle. Elle s'asseoit par mégarde sur une des barres de fer qui séparent certaines places : aussitôt elle sent qu'elle perd du liquide. Le choc ayant été insignifiant, nullement douloureux, elle n'attache que peu d'importance à ce fait, et croit simplement perdre les eaux.

Mais au bout de deux ou trois minutes, elle éprouve un grand malaise et se sent faiblir. Les personnes qui sont autour d'elle regardent le liquide qui s'écoule d'une façon continuelle et qui forme sur le plancher une véritable mare. On voit que c'est du sang. On se dispose aussitôt à descendre la femme dont les forces décroissent de plus en plus et qui bientôt a une syncope. Elle est transportée sans connaissance dans une voiture et emmenée chez la sage-femme qui devait faire l'accouchement. Là, elle reprend connaissance. Son état de faiblesse est tel qu'on hésite à la monter et on la dépose au pied de l'escalier. On appelle à la hâte un médecin. Celui-ci examine la malade, de concert avec la sage-femme, pratique le toucher, et, ne trouvant pas la cause de l'hémorrhagie, conseille le transport à l'hôpital. Une nouvelle syncope survient au cours de cet examen.

Pendant tout ce temps, l'hémorrhagie a persisté sans interruption et toujours aussi abondante. Les coussins de la voiture sont couverts de caillots sanguins et complètement imbibés; le sang se répand à terre en formant une trainée continue, au moment du transport de la voiture chez la sage-femme, qui habite au fond d'un passage, et de chez la sage-femme sur le brancard qui doit servir à amener la malade à l'hôpital.

Pendant ce dernier trajet, l'hémorrhagie s'arrête spontanément. Elle a duré une heure et demie environ; on ne peut évaluer, même approximativement, la quantité de sang qui a été perdue, mais on peut affirmer que cette quantité est considérable, si l'on en juge par le récit précédent et par l'état général de la femme au moment où elle entre dans le service.

Pâle, blanche comme de la cire, elle reste étendue sans forces sur le lit où on l'a placée, et pour ainsi dire incapable du moindre mouvement. La respiration est accélérée : le pouls est très fréquent. La malade a repris connaissance depuis quelques instants; mais elle répond faiblement aux questions qu'on lui pose : parfois ses réponses sont incohérentes. Elle a constamment des nausées; elle a déjà eu quelques vomissements.

Le sang ne coule plus. On examine les organes génitaux externes, et on trouve la partie supérieure de la petite lèvre gauche tuméfiée, violacée et qui est le siège d'une tumeur du volume d'une grosse noisette. En écartant cette lèvre, on voit, à la partie supérieure de sa face interne, au niveau du méat urinaire, une plaie peu étendue, à bords irréguliers, obturée par un caillot sanguin. Cette solution de continuité, irrégulièrement circulaire, mesure environ cinq millimètres de diamètre.

Sur la face interne de la petite lèvre droite, serpentent quelques ramuscules veineux assez développés. Sur la petite lèvre gauche, il y a également une saillie variqueuse, du volume d'un grain de millet, à deux centimètres au-dessous de la plaie. En aucun autre point, on ne trouve trace de varicosités. Il n'y a pas de varices des membres inférieurs.

On pratique le toucher ; il n'y a pas de caillots dans le vagin. Le col est encore long; l'orifice interne est fermé. On ne constate pas de contractions utérines.

Les bruits du cœur fœtal sont bons; à la palpation, on trouve que le fœtus se présente par le sommet en position occipito-iliaque droite postérieure.

Les organes génitaux externes, la paroi abdominale, les membres inférieurs, tout souillés de sang, sont lavés avec soin, et on donne à la femme une injection de sublimé. Puis on applique sur la plaie de la petite lèvre de l'amadou et de l'ouate trempés dans du sublimé. Un gros tampon d'ouate est ajouté pour faire compression, et l'on maintient le tout à l'aide d'un bandage en T.

On fait deux injections d'éther qui remontent momentanément la malade, et l'on prescrit la potion suivante qui devra être prise dans la nuit par cuillerée à bouche ;

Julep gommeux.	100	grammes.
Rhum	60	—
Extrait de quinquina. . . .	4	—
Acétate d'ammoniaque . . .	6	—

On donne en outre de la glace contre les vomissements.

Dans la nuit, il y a encore quelques syncopes de courte durée et la malade vomit plusieurs fois.

A sept heures du matin, douleurs assez vives dans la région hypogastrique.

A huit heures, l'état général est très amélioré. Le pouls, encore un peu faible, n'est plus accéléré. La femme a des douleurs qui reviennent toutes les dix minutes. Au toucher, on trouve qu'elle est en travail. Col presque complètement effacé. Dilatation de deux centimètres. Le caillot qui obturait la plaie de la petite lèvre gauche s'est détaché, et l'on peut voir dans sa profondeur des orifices vasculaires béants assez volumineux. Le thrombus s'est considérablement affaissé et offre à peine le volume d'une noisette. On place sur la plaie un tampon d'ouate trempée dans du sublimé et qu'on devra renouveler fréquemment. L'accouchement se termine à midi et quart par la naissance d'un enfant bien portant, du poids de 3.150 grammes.

Après la délivrance, qui a lieu une demi-heure plus tard, on panse la plaie avec de l'ouate et du sublimé.

Les jours suivants, le pansement est fait de la même façon. Dès le lendemain, le thrombus avait disparu.

Les forces reviennent graduellement. Les suites de couches sont absolument normales: il n'y a jamais eu d'élévation de température.

La femme quitte le service le 13 juillet : la plaie est complètement cicatrisée, l'état général est excellent.

Nous avons eu la curiosité de rechercher les faits analogues publiés jusqu'à ce jour.

En dehors des observations (1) citées par notre excellent maître, M. Budin, dans sa thèse d'agrégation sur les varices chez la femme enceinte, nous n'avons pu trouver que trois faits, deux de Peter Young (2) et un de notre collègue et ami, le docteur Berthod (3).

Ce qui se dégage de la lecture de ces observations, c'est l'extrême gravité de cette variété d'hémorrhagie, puisque sur treize cas, neuf fois il y a eu terminaison fatale, soit dans une proportion de 69,2 pour 100 ; c'est son abondance, qui met rapidement le sujet en imminence de mort, puisqu'on a pu voir quelques malades succomber avant l'arrivée du médecin ; c'est son apparition tantôt spontanée, tantôt à l'occasion d'un traumatisme insignifiant, parfois si léger qu'il a passé inaperçu sur le moment : c'est enfin la fréquence des erreurs de diagnostic auxquelles elle a donné lieu, car dans bon nombre de cas, les femmes sont mortes faute d'un traitement approprié ou n'ont dû leur salut qu'à la cessation spontanée de l'écoulement sanguin.

L'erreur commise le plus fréquemment consiste, ainsi que nous l'avons dit, à croire à un placenta prævia, et l'on pratique alors le tamponnement vaginal, lequel ou bien n'arrête que momentanément l'hémorrhagie et d'une façon toute fortuite, grâce à la compression exercée par les tampons les plus superficiels, ou bien n'agit nullement sur elle et la laisse persister, ou bien même l'augmente notablement par suite de la gêne apportée à la circulation en retour. D'autres fois, la sage-femme ou le médecin, ne trouvant pas les signes de l'insertion vicieuse et ne soupçonnant pas l'existence de la lésion véritable, hésitent, attendent, et la malade meurt, si l'hémorrhagie continue, sans qu'on soit intervenu d'aucune façon. En particulier, la femme dont nous rapportons l'histoire aurait très probablement succombé, si l'écoulement ne s'était arrêté de lui-même, pendant que, de chez la sage-femme, où elle avait été examinée incomplètement, on la transportait à la Charité.

Nous croyons, avec M. Budin, qu'on peut tirer de ces faits une conclusion essentiellement pratique. Chez toute femme enceinte qui présente une hémorrhagie abondante et subite, on ne devra pas hésiter à commencer par faire avec le plus grand soin l'examen des organes génitaux externes. On pourra ainsi reconnaître, dans l'ordre des cas qui nous occupent ici, la plaie veineuse, source de l'écoulement, et l'intervention deviendra dès lors d'une extrême simplicité : l'application d'une pince ou d'un tampon bien placés, ou même la simple compression digitale suffira pour faire cesser une hémorrhagie qui met rapidement le femme dans un état des plus graves, lorsqu'elle ne la tue pas.

(1) Ces observations sont au nombre de neuf :
1. Hesse d'Emmerich, *Berlin. med. Zeitung*, n° 48, 1842, et *Journal de Chirurgie*, t. I, p. 345.
2. Simpson (cas arrivé à Dundee). *The diseases of women*, p. 139, 1872.
3. Obs. recueillie par M. Budin aux *Leçons cliniques de M. le professeur Depaul*. In *Des varices chez la femme enceinte*. Thèse d'agrégation, Paris 1880, p. 98.
4. Tarnier. Hémorrhagie mortelle à la suite d'un coup porté sur la vulve. In *Thèse de Budin*, p. 100. Voyez aussi Tarnier et Budin, *Traité de l'art des accouchements*, t. II, p. 111.
5. Cramer. *The Dublin Journal of medical science*, 1841, p. 504.
6. Martin Barry, obs. rapportée par Simpson.
7. Werner, *Zeitsch. f. Wund. u. Gyn.* XIX 2. S. 108.
8. Spiegelberg, *Lehrbuch f. Geburtshülfe*. p. 250.
9. Houghton, *Obstetrical Transactions*, vol. XI, p. 81.
(2) Peter Young. *Edimburgh medical Journal*, 1883, p. 800.
(3) Berthod, *Gazette médicale*, 1886.

PATHOLOGIE INTERNE

Sur le traitement et sur quelques particularités cliniques de la maladie de Basedow (*Goître exophtalmique*) ;

Par le Dr R. VIGOUROUX, chef du service d'électrothérapie de la Salpêtrière.

Lorsqu'on jette les yeux sur la bibliographie de la maladie de Basedow on se sent découragé à l'avance de toute velléité d'ajouter encore à la masse énorme des publications. Pourtant le concours de circonstances qui nous a mis à même d'observer depuis une dizaine d'années un nombre considérable d'affections de ce genre, nous fait un devoir de signaler quelques points négligés par nos devanciers.

Traitement par la faradisation. Depuis longtemps déjà l'électricité a été employée avec quelque succès dans la maladie de Basedow, principalement sous la forme de galvanisation du cou (en vue d'agir sur le cordon cervical du grand sympathique). C'est de cette manière que nous avions commencé à traiter nos malades, lorsqu'un fait très significatif vint nous montrer les avantages du courant faradique. Une jeune femme qui présentait la triade symptomatique classique avait la face habituellement injectée et très colorée. Son état s'améliorait lentement par la galvanisation lorsqu'un jour, pour l'électrisation du cou, nous fîmes usage du courant induit. Les effets immédiats furent remarquables : la joue du côté électrisé prit un aspect marbré, dû à une pâleur incomplète, contrastant avec la teinte continue du côté opposé L'autre joue présente le même phénomène pendant l'électrisation du côté correspondant. En même temps, il se produit une sensation de fraîcheur et d'allègement de la tête ; il semblait, suivant l'expression de la malade, que ses yeux fussent tiré en arrière et en fait l'exophtalmie ou au moins l'ouverture palpébrale était visiblement diminuée. Sensation et expression que nous avons retrouvées depuis chez la plupart de nos malades. Przewoski, cité par Erb, a aussi constaté que la faradisation dite du sympathique donne des résultats plus évidents que la galvanisation. Nous avons de notre côté sans connaître à cette époque les faits de Przewoski et peut-être antérieurement, constaté chez plusieurs malades l'abaissement de la température superficielle (de 1 degré environ) de la joue correspondante à la faradisation carotidienne.

Voici notre procédé (M. Charcot a bien voulu le décrire dans une de ses leçons (1884), mais nous l'avons un peu modifié depuis) : 1° une électrode large, de 7 à 8 centimètres de diamètre est appliquée à la partie inférieure et postérieure du cou. Elle est tenue par un aide ou fixée par une bande et reste en place pendant toute la séance. On ne s'en occupe plus que pour l'humecter de temps en temps. L'autre électrode en forme d'olive ou de bouton plat et étroit, de moins d'un centimètre de large, correspond au pôle négatif de l'appareil d'in-

duction; elle est appuyée, en dedans du sterno-mastoïdien, au niveau de l'angle de la mâchoire, avec assez de force pour qu'on sente les pulsations de la carotide. Le courant doit être réglé, par l'écartement des bobines, de telle sorte qu'il puisse produire une forte contraction si l'électrode est appliquée sur le point moteur du sterno-mastoïdien. Il faut aussi tenir compte de la sensation accusée par le malade et, en aucun cas, n'employer une force de courant difficile à supporter. On peut aussi se régler sur le peaucier du cou et arrêter le rapprochement des bobines dès que quelques-uns de ses faisceaux se soulèvent. On emploiera la bobine à fil moyen. Quand le courant a passé pendant une minute et demie, ou environ, on procède à la même application sur l'autre carotide.

2° On écarte la bobine et on place la petite électrode sur le point moteur de l'orbiculaire des paupières. On augmente le courant jusqu'à ce qu'il y ait des contractions du muscle ou, si on ne peut pas en obtenir, cas assez fréquent, jusqu'à ce que la sensation devienne désagréable. On passe ensuite légèrement l'électrode sur les paupières, de dehors en dedans. Enfin on la promène sur le pourtour de l'orbite, de manière à exciter la contraction du frontal. On fera bien aussi d'exciter les différents rameaux du facial supérieur, mais en évitant les nerfs sus et sous-orbitaires. Si l'exophtalmie est prononcée, il faut apporter à ces différentes manœuvres assez d'attention pour éviter certain inconvénient dont nous parlerons plus loin. La même chose se répète pour l'autre côté de la face.

3° L'électrode olivaire ou à petit bouton est remplacée par une électrode plate de quatre centimètres de diamètre et on procède à la faradisation de la tumeur thyroïdienne. On l'applique d'abord immédiatement au-dessus de la fourchette du sternum en évitant de presser sur les saillies osseuses, ce qui est douloureux. En ce point la majorité des malades peuvent supporter une force de courant bien supérieure à ce que l'on croirait de prime abord et il n'y a pas de contraction des muscles voisins. Si la tumeur thyroïdienne est volumineuse, on promène ensuite l'électrode sur ses parties saillantes, en appuyant. Puis on excite les contractions des muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyoïdiens en touchant leurs points moteurs. Certains malades accusent un soulagement immédiat et même une sensation agréable, lorsqu'on provoque la contraction du diaphragme par l'excitation des nerfs phréniques. Cela ne doit se faire qu'en suivant le rhythme naturel de la respiration. Chez une jeune fille, le simple va et vient de l'électrode dans la portion supérieure du triangle sus-claviculaire, provoquait des bruits météoriques, perceptibles à distance, dans l'hypochondre gauche. La malade réclamait particulièrement ce genre d'application, prétendant que sa digestion en était facilitée.

4° Jusqu'à ce moment de la séance la petite électrode a été négative. Maintenant on renverse le sens du courant et on passe à la faradisation de la région précordiale. Pour cela le tampon est placé sur le troisième espace intercostal gauche au voisinage du sternum et on laisse agir le courant, assez faible pour provoquer tout au plus des contractions fibrillaires du grand pectoral, pendant deux ou trois minutes. Toute l'opération en a duré dix ou douze. Les séances doivent être faites au moins tous les deux jours. Il ne peut y avoir que de l'avantage à les faire quotidiennes.

Ce traitement, on le voit, est d'une exécution très facile. Nous sommes entré dans d'aussi minutieux détails parce que nous avons vu des médecins n'obtenir les résultats attendus que lorsqu'ils se sont décidés à se conformer ponctuellement à la description ci-dessus. Il n'y a certainement là rien de bien original, ni même de neuf; néanmoins cela a une grande importance pratique. Une expérience très étendue sur ce point, nous autorise à affirmer qu'il ne suffit pas de traiter vaguement la maladie de Basedow par l'électricité. Le choix de la méthode et du procédé est ici chose capitale. Plusieurs des malades que nous avons traités et vu guérir, avaient déjà suivi sans succès des traitements électriques. Nous citerons notamment un cas très grave. Un homme de 40 ans, de complexion assez frêle bien qu'exerçant le dur métier de frotteur de parquets, présentait au plus haut degré les symptômes classiques. L'exophtalmie était portée au point que le malade ne pouvait quitter un appareil contentif, faute duquel les yeux et surtout le droit étaient à certains moments projetés dans une véritable luxation. Il fallait alors procéder à une réduction douloureuse au moyen des doigts et d'une compresse mouillée. En outre l'agitation et l'état émotif étaient extrêmes et le tremblement si fort que la station était difficile. La maladie durait depuis huit ans environ. Cet homme venait de suivre pendant cinq ou six mois, sous une direction très hautement compétente, un traitement varié dont l'électricité avait constitué l'élément principal. Le seul résultat qu'il en eut conservé était une véritable terreur à l'égard de ce moyen. Toutefois on put le décider à se prêter à un nouvel essai. Le soulagement fut considérable dès la première séance. Après quelques jours, le tremblement était à peu près nul, le sommeil revenu, etc. Au bout de quatre mois, il ne portait plus son bandeau oculaire et il avait repris son travail de frotteur, faisant des déménagements et autres travaux pénibles. Il n'avait subi que le traitement susdit, avec séances quotidiennes, *sans médication interne ni douches.*

En effet, toutes les fois que cela nous est possible, nous n'associons aucun autre traitement à la faradisation. D'abord parce que c'est le seul moyen d'apprécier la valeur de la méthode; ensuite parce que nous n'avons jamais vu les médicaments les plus rationnels, tels que les bromures, l'ergotine ou la digitaline, donner le moindre résultat curatif ou même palliatif. A plus forte raison repoussons-nous les substances manifestement nuisibles telles que l'iode et les iodures et même, dans la plupart des cas, l'arsenic et le fer. Nous ne nous arrêterons pas aux opérations chirurgicales; elles nous semblent bien difficiles à justifier.

Quant à l'hydrothérapie, ses bons effets sont incontestables, si elle est employée isolément. Mais alors elle est insuffisante pour amener la guérison. D'un autre côté, on ne peut guère songer à l'utiliser comme adjuvant de l'électricité. Nous avons bien souvent constaté que l'emploi simultané de ces deux médications épuise les forces des malades au lieu de les relever et cela non seulement dans la maladie de Basedow, mais aussi dans la plupart des autres affections chroniques. Toujours, et sans exception, le traitement faradique seul amende rapidement les principaux symptômes et tout d'abord la sensation pénible d'inquiétude et l'agitation. Bien avant que les malades ne puissent se dire guéris, ils reprennent leur manière d'être normale et leurs occupations.

Il est assez remarquable que des complications, en apparence éloignées, se trouvent heureusement modifiées par ce procédé local et uniforme. Et on peut voir

dans la thèse de M. Marie combien ces complications sont nombreuses et variées : diarrhées, vomissements, sueurs, démangeaisons, paralysies. C'est pourtant ce que nous avons toujours constaté. Nous citerons comme exemple une jeune fille, dont M. Ballet a rapporté partiellement l'histoire dans son travail sur les troubles nerveux qui peuvent compliquer la maladie de Basedow (*Rev. de Med.*, 1883). Elle présentait outre les symptômes caractéristiques de la maladie confirmée, des accès épileptiformes et la glucosurie. Tout cela disparut sous l'influence du traitement électrique, sans médication interne. La guérison se maintient depuis plusieurs années.

Une observation analogue peut être faite pour les formes frustes, sur lesquelles M. Charcot a appelé l'attention et que M. Marie a étudiées dans l'important travail cité plus haut. Les cas de ce genre, si communs depuis qu'on sait les reconnaître, sont traités par la même méthode que les cas types et avec le même succès.

L'amélioration est rapide, avons-nous dit; mais la guérison est le plus souvent lente à obtenir, si par guérison on entend comme on le doit, la disparition complète des symptômes. Six mois, un an ne sont pas des durées de traitement excessives. Parfois la patience des malades se lasse avant que toute trace de tachycardie ou d'exophtalmie ait disparu, parce qu'ils sont d'ailleurs satisfaits de leur santé. Ces deux symptômes sont en général les plus persistants. Il n'y a pourtant pas de règle absolue à cet égard ; l'exophtalmie peut céder assez vite. Ordinairement les premières modifications portent sur le tremblement et le goître. Suivant les auteurs qui traitent la maladie de Basedow par la galvanisation, le goître et l'exophtalmie sont au contraire les symptômes les plus tenaces.

Nous n'essaierons pas de donner la raison physiologique de l'efficacité du traitement. Il s'y trouve en jeu une action probable sur le sympathique, action très controversée en électrothérapie. Aussi ne parlons-nous que de la faradisation de la carotide ou du cou. Nous avons essayé vainement de surprendre quelque phénomène pupillaire. Le fait est cependant que la circulation céphalique est modifiée ; la preuve en est dans les changements de coloration et de température de la face et dans les sensations subjectives. Nous avons constaté que la simple pression des électrodes, sans courant, ne produit rien de semblable. Peut-être faut-il invoquer l'excitation des racines des nerfs spinaux et de leurs filets sympathiques, par le courant, au voisinage de l'électrode postérieure. (La moelle elle-même est, suivant nous, inaccessible). Mais on obtient les mêmes effets en faisant tenir l'électrode fixe dans la main. Même obscurité pour les autres parties du procédé. Dans la faradisation du phrénique et du triangle sus-claviculaire, faut-il admettre la participation du pneumogastrique ? Nous pensons que non, et c'est sans doute fort heureux qu'il en soit ainsi.

On peut en dire autant de la faradisation précordiale, où il ne faut pas chercher non plus une action directe sur le cœur. C'est peut-être la partie la moins essentielle du procédé. Nous ne la conservons que parce qu'elle fait partie d'un ensemble qui réussit et en elle-même n'a pas d'inconvénients.

On peut encore songer aux réflexes cutanés, si peu connus du reste et si importants. En résumé, l'explication rationnelle nous échappe ; mais le fait empirique est constant.

Quelques électrothérapeutes éprouvent encore une très grande appréhension à opérer sur la région sous-hyoïdienne, à cause de la présence redoutable du vague et du récurrent. Mais ces nerfs sont bien protégés. Dans nos très nombreuses applications, nous n'avons vu que deux fois quelque chose qui ressemblât à une excitation du pneumo-gastrique. La première fois, chez une femme ; pendant la faradisation de la carotide droite, la malade pâlit tout à coup et déclara qu'elle se sentait évanouir. Nous la fîmes étendre par terre et elle se trouva aussitôt en état de continuer la séance. Le même malaise qu'elle ne put mieux définir, se montra encore une fois la semaine suivante. Le traitement durait depuis plusieurs mois et fut ensuite mené à bonne fin sans autre incident. L'autre cas concerne précisément le frotteur dont il est question plus haut. Un jour, pendant la faradisation carotidienne, à droite aussi, il dit tout à coup qu'il se sent mal. L'électrode enlevée, il fait deux ou trois grands mouvements de respiration et il se trouve aussitôt remis; mais il était devenu très pâle, avec une expression de frayeur. En reprenant l'électrisation, nous plaçâmes le doigt sur sa radiale. Le même phénomène se produisit, mais nous ne pûmes saisir aucun arrêt du pouls, à cause du mouvement involontaire du malade. A cette époque d'ailleurs, il n'avait plus de tachycardie, mais son pouls avait de fréquentes intermittences. Pressé de décrire ses sensations, il dit avoir senti quelque chose tourner dans son estomac, et il montrait la région du cœur, en même temps qu'il se sentait perdre connaissance. Il n'y avait pas de bruit dans les oreilles. Il suffit de déplacer un peu l'électrode pour pouvoir continuer l'électrisation sans accident, mais pendant une quinzaine de jours il fut possible de provoquer à volonté le retour du malaise en donnant une certaine inclinaison à l'électrode. Une ou deux fois il se produisit quelque chose d'analogue pendant la faradisation de la carotide gauche, mais bien moins nettement.

Paralysies et atrophies musculaires dans la maladie de Basedow. On a signalé des paralysies. M. Potain a observé la paralysie faciale dans deux cas. Il y aurait beaucoup à dire sur cette coïncidence, nous y reviendrons dans un prochain article. A un certain point de vue, ces cas peuvent être considérés comme la simple exagération d'une condition morbide constante. En effet, l'exploration attentive des muscles animés par le facial supérieur, montre presque toujours que leur motilité est très affaiblie. Il est souvent impossible, même avec des courants assez forts, pour que leur diffusion fasse contracter le masséter, d'obtenir la contraction du frontal ou de l'orbiculaire. Dans ces cas, la peau est lisse et comme collée sur les os, au pourtour de l'orbite, et les parties molles sont amincies. On rencontre aussi des paralysies atrophiques dans d'autres régions. Une de nos malades présentait une véritable paraplégie, sans participation de la vessie et du rectum. Tous les muscles des deux membres inférieurs étaient uniformément atrophiés et le réflexe patellaire absent. L'affection se rattachant évidemment à la maladie, car elle se modifia rapidement, sans application locale, sous l'influence du traitement faradique. MM. Dreyfus-Brisac et Du Cazal ont rapporté chacun un cas d'atrophie musculaire dans la maladie de Basedow. Nous voyons en ce moment un homme présentant la forme complète, dont le sterno-mastoïdien gauche est notablement atrophié, sans paralysie. Dans toutes les paralysies et atrophies que nous avons observées, la réaction électrique était caractérisée par la diminution ou l'abolition de l'excitabilité fara-

dique et galvanique. Par une exception unique, le sterno-mastoïdien dont nous venons de parler a conservé ses réactions normales.

Signe de De Græfe. Comme on le sait, ce signe consiste en ce que, lorsque la pupille est portée en bas, la paupière supérieure ne l'accompagne pas ; elle reste élevée, laissant à découvert le blanc de la sclérotique. On a beaucoup exagéré la fréquence de ce signe ; il existe tout au plus dans le tiers des cas de maladie confirmée. On a fait beaucoup de suppositions sur son mécanisme, telles que le spasme permanent du releveur, l'obstacle apporté par la saillie anormale de l'œil à l'abaissement de la paupière, etc. Cette dernière explication a trouvé assez de créance, bien qu'elle ait été combattue par M. Eulenburg. Il faut reconnaître que le signe de De Græfe peut se rencontrer sans exophtalmie et qu'il peut manquer avec l'exophtalmie la plus prononcée. Au surplus, l'exophtalmie n'empêche pas les malades de rapprocher volontairement leurs paupières. La parésie de l'orbiculaire rend compte assez bien de l'insuffisance de sa contraction synergique, alors que la contraction isolée semble normale. Ce signe qui en impose souvent pour une légère exophtalmie est quelquefois indélébile et persiste après la guérison, l'atrophie de l'orbiculaire restant définitive.

Faux œdème des paupières. C'est là une particularité assez fréquente. Nous ne savons si elle a été signalée. C'est un gonflement des paupières leur donnant un aspect œdémateux. Il est très persistant et peut aussi se rapporter à la parésie de l'orbiculaire. En effet, lorsqu'on provoque électriquement la contraction du muscle, la tuméfaction disparaît, refoulée par la tension des faisceaux qui se dessinent sous la peau.

Point moteur pour la propulsion du globe oculaire. En cherchant à provoquer la contraction du frontal par l'excitation de son point moteur, il nous est arrivé chez un sujet dont l'exophtalmie était très marquée, de produire une saillie brusque du globe de l'œil en avant avec déplacement de la pupille en bas. Nous avons constaté le même fait et à diverses reprises chez d'autres malades ayant un degré d'exophtalmie beaucoup moindre. C'est à cela que nous faisions allusion en recommandant la prudence dans l'électrisation du pourtour de l'orbite. Le point à éviter se trouve à un centimètre en arrière et en dessous de la queue du sourcil. A quoi est dû ce mouvement de projection ? A des fibres lisses de l'orbite ou à un des muscles de l'œil ? Le caractère brusque du mouvement et sa direction nous font soupçonner le grand oblique.

Hérédité directe de la maladie. Dans un cas le père et dans un autre la mère, auraient été atteints et seraient morts à un âge avancé avec les symptômes de la maladie.

Constance respective des signes cardinaux de la maladie. On sait que les signes cardinaux ne forment plus une triade. M. Charcot leur ajoute le tremblement dont M. Marie a fait ressortir l'importance et la diminution de la résistance électrique signalée par nous. De ces cinq signes, aucun ne peut être dit absolument constant. La fréquence du pouls, qui est le plus significatif, manque elle-même quelquefois.

Diminution de la résistance électrique.— Ce signe, purement physique et facile à constater, nous paraît avoir une valeur au moins égale à celle des autres. Il s'observe avec une très grande constance et à un tel degré que sa signification ne peut être méconnue. La résistance dans la maladie de Basedow est ordinairement au-dessous du quart du chiffre normal. Elle fournit un appoint précieux dans le diagnostic des formes frustes ou rudimentaires, diagnostic souvent aussi difficile qu'important, car il s'agit de décider entre des traitements opposés. Nous réservons pour un autre article l'étude de ce signe, nous bornant à dire ici qu'il paraît être en rapport avec les conditions de la circulation et du système vaso-moteur, comme la raie méningitique signalée par Trousseau dans cette maladie, et que, de même que les autres symptômes, il peut être très rapidement amendé par le traitement. Un détail pourtant à ajouter : On a vu que l'efficacité du traitement électrique dépend uniquement du procédé choisi et que la faradisation pratiquée suivant certaines règles est le mode préférable. On nous demandera peut-être si nous avons essayé l'électrisation statique ou franklinisation, pour laquelle nous manifestons une prédilection qui doit parfois sembler excessive. Or, la franklinisation n'est absolument pas applicable dans la maladie de Basedow, du moins au début. L'exception est unique, mais elle est éclatante. Les malades ne tolèrent ni le bain électrique, ni encore moins les décharges localisées. Nous verrons dans un prochain article comment la diminution de la résistance fournit l'explication très simple de cette particularité.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Concours de l'Internat : Question de la limite d'âge ; suite de l'incident.

Dans les nos 39, 41 et 42 du *Progrès médical*, nous avons énuméré toutes les raisons qui plaidaient en faveur de l'admission au concours de l'internat de tous les candidats ayant dépassé la limite d'âge. Nous avons vu que ces raisons avaient convaincu l'Administration, qui, finalement (1), avait décidé qu'il y avait lieu d'inscrire tous les candidats au nombre de 9, qui avaient dépassé la limite d'âge. Enfin, nous avons raconté, aussi exactement que possible, les incidents tumultueux qui ont empêché le concours d'avoir lieu le vendredi 14 octobre et ont obligé le jury à lever la séance. Il allait de soi qu'il ne s'agissait là que d'un simple ajournement. En effet, le soir même, nous recevions de M. Mourlan, chef de la division des hôpitaux et hospices, remplaçant M. le directeur malade, une lettre nous annonçant que : « La séance d'ouverture du concours de l'internat en médecine était remise au lundi 17 octobre à midi », avec cet avis : « Ne seront admis dans l'Amphithéâtre que les candidats régulièrement inscrits pour le concours et munis de leurs cartes d'externes. »

Les journaux politiques de vendredi soir et de samedi matin, racontant ces incidents, prétendaient que la manifestation était dirigée *par les candidats* contre une étudiante en médecine, Mlle Blanche Edwards, interne provisoire des hôpitaux, *uniquement* pour laquelle, ajoutait-on, de hautes influences avaient ordonné l'inscription, en violation de l'article du règlement. Ainsi que cela arrive malheureusement trop souvent, les journaux politiques étaient dans l'erreur : 1° Parce que tous les ans, depuis la publication de cet arrêté (1864), des internes provisoires, quoique âgés de plus de 28 ans, avaient toujours été admis à concourir ; 2° parce qu'il

(1) 5 internes provisoires (une femme et 4 hommes) et 4 externes.

s'agissait non seulement de M[lle] Blanche Edwards, mais de huit autres candidats, internes provisoires, comme elle ou externes; 3° parce que l'administration de l'Assistance publique avait omis d'avertir, à la fin du dernier concours, les candidats intéressés, qu'*elle était décidée à appliquer l'article de son règlement au concours d'octobre* 1887.

Toutes ces raisons réunies ont décidé avec juste raison M. Fallières, Ministre de l'intérieur, d'ordonner cette année l'inscription de tous les candidats, sans distinction de sexe. Nous devons ajouter que, à notre connaissance, les personnes les plus intéressées, c'est-à-dire les candidats n'ayant pas dépassé l'âge réglementaire, n'ont pas protesté contre le maintien d'une tradition libérale dont ils peuvent avoir à profiter s'ils ne sont pas reçus cette année internes titulaires.

Le concours de l'internat, grâce, non pas à l'*absence* de M[lle] Edwards, que certains journaux ont signalée comme n'ayant pas concouru, mais à l'excellente mesure qui a été prise par l'Administration de l'Assistance publique, s'est ouvert lundi dernier, sans aucun incident.

Le *Réveil-Matin* (1) qui, avec le *Matin* (2) a donné à ses lecteurs des renseignements exacts, a fait à cette occasion deux observations judicieuses :

« D'abord, il est absolument ridicule que la Ville de Paris fasse procéder à cette épreuve écrite dans une salle aussi défectueuse. Chaque candidat est obligé d'avoir une planchette pour écrire et travailler sur ses genoux. Il ne serait pourtant pas difficile d'utiliser une salle de concours de l'Hôtel de Ville, dans laquelle il y a des tables, et où la surveillance serait beaucoup plus facile.

« En second lieu, on laisse entrer tous les étudiants. On s'y rend du quartier latin comme à une fête. De là le tumulte habituel. Pourquoi ne pas distribuer des cartes aux seuls candidats et ne laisser entrer qu'eux ? Qu'ont à faire à une épreuve écrite ceux qui n'y prennent pas part ? A l'épreuve orale c'est différent. Pourquoi ne pas imiter ce qui se fait à la Sorbonne. »

La mesure prise pour l'admission dans l'amphithéâtre des candidats seuls donne satisfaction à la dernière observation du *Réveil-Matin*. Quant à la première, relative aux conditions matérielles dans lesquelles se trouvent les candidats pour faire leur composition écrite, elle n'est pas neuve. Parlant des protestations qui avaient eu lieu au concours de l'internat, en octobre 1885, l'*Evénement* du 9 octobre terminait son article par les réflexions suivantes :

« Comment, pour un concours de cette importance.... l'Assistance publique néglige-t-elle de fournir aux jeunes gens la moindre des commodités matérielles nécessaires pour passer un examen écrit de cette nature ? Ainsi *c'est sur des planches à dessins* (!), *sur des buvards ou des serviettes appuyés sur leurs genoux, et apportés par les candidats eux-mêmes, que ceux-ci sont obligés d'écrire leur composition,* le corps courbé en deux, pendant trois heures, et assis sur les bancs étroits et incommodes d'un amphithéâtre déplorablement aménagé ! Pourquoi donc ferait-on moins pour les concurrents à l'internat que pour les instituteurs qui passent leur brevet et auxquels on installe des tables dans une des salles de l'Orangerie et que pour les lycéens du concours général qui jouissent du même privilège ?

Nous avons fait suivre la reproduction de ce passage de l'*Evénement*, de quelques observations (3) qu'il nous semble utile de remettre encore une fois sous les yeux de nos lecteurs :

« Nous sommes heureux de voir l'*Evénement* appeler l'attention de l'Administration sur la mauvaise disposition de l'Amphithéâtre de l'Assistance publique. Cette mauvaise disposition existe dans tous les Amphithéâtres des hôpitaux dépendant de l'Assistance publique, sauf dans celui de la Salpêtrière. Lorsque nous avons fait au Conseil municipal le rapport sur la transformation de l'ancienne cuisine de la Salpêtrière en Amphithéâtre de cours, nous avons signalé l'utilité de pourvoir les bancs d'appuie-mains afin de permettre aux auditeurs de prendre facilement des notes. Pour justifier notre demande, qui paraissait singulière, nous avons dit qu'une semblable disposition existait à Londres et qu'on s'en trouvait bien. Nous n'avons jamais cessé d'insister sur cette petite réforme. L'Administration a construit des amphithéâtres, sans reproduire l'heureuse disposition de celui de la Salpêtrière. Quand nous avons fait le rapport sur le service des morts de Laënnec (1) nous avons spécifié que l'Amphithéâtre des cours serait pourvu d'appuie-mains. Il y a deux mois, en visitant cet hôpital, nous avons constaté que l'administration, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres malheureusement, n'avait pas jugé utile de se conformer aux désirs du Conseil municipal. Nous avons cité ce fait à M. Peyron qui nous a promis de réaliser cette amélioration qu'il jugeait lui-même utile. L'a-t-il fait ? Nous ne savons. Nous espérons que, grâce au concours que nous prête aujourd'hui l'*Evénement*, M. Peyron n'hésitera pas à réaliser; partout où cela est possible, l'amélioration dont il s'agit. »

Notre espoir a été déçu : ni les vœux réitérés que nous avons fait voter par le Conseil municipal pour réaliser cette petite amélioration matérielle, ni nos articles du *Progrès médical*, ni celui de l'*Evénement* n'ont convaincu l'Administration. Rien n'a été fait pour un meilleur aménagement de l'amphithéâtre des concours ou des amphithéâtres qui servent à l'enseignement dans les hôpitaux.

L'article du *Réveil-Matin* nous a fourni, et nous l'en remercions, une nouvelle occasion de revenir sur cette question et de la signaler de nouveau à l'attention de M. Peyron, des juges des concours, et des candidats eux-mêmes (2).

(1) N° 164, 16 octobre 1887. — (2) N° du 15 octobre 1887. — (3) *Progrès médical*, 10 octobre 1885, p. 284.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 *octobre* 1887. — PRÉSIDENCE DE M. HERVÉ-MANGON.

M. MAREY continue ses *recherches sur le vol des oiseaux* et étudie le travail mécanique dépensé par le goëland dans le vol horizontal. Dans ce dernier cas, le centre de gravité de l'oiseau se meut sensiblement sur une trajectoire rectiligne. Il n'y a donc pas de travail dépensé pour élever le corps contre la pesanteur. Le véritable travail effectué pour soutenir l'oiseau consiste dans le refoulement de l'air par le battement des ailes. La réaction de ce travail équivaut à un effort statique constamment égal et contraire à l'action de la pesanteur sur son corps. Par l'effet d'une translation plus rapide, l'oiseau dépense de moins en moins de travail pour déplacer la résistance de l'air : il est comme un marcheur qui, d'abord avançant avec peine sur un sable mouvant, rencontrerait un sol de plus en plus ferme et s'épuiserait de moins en moins à enfoncer le sable sous ses pieds. Quand l'oiseau est animé de vitesse, son aile rencontre à chaque instant de nouvelles masses d'air qu'elle met en mouvement et dont chacune lui présente sa résistance d'inertie. On s'explique ainsi pourquoi l'oiseau, avant de s'envoler, se donne préalablement le plus de vitesse possible, soit en courant, soit en sautant ou en se laissant tomber d'un lieu élevé. Cette vitesse diminue le travail qu'il devra faire. La théorie et l'expérience s'accordent pour montrer que le travail de l'oiseau, à chacun des abaissements de ses ailes, est d'autant moindre que sa translation est plus rapide, l'énorme fatigue de l'essor faisant graduellement place à une moindre dépense de travail. Dès que l'oiseau est animé de vitesse, la remontée de l'air s'explique sans intervention des forces musculaires,

(1) Bourneville. — *Rapport avec une notice historique sur l'hôpital Laënnec*, 1883, n. 37, p. 20.

(2) Les candidats inscrits cette année sont au nombre de 362.

par la seule action de l'air sous sa face inférieure, dont le plan incliné se comporte à la façon d'un cerf-volant.

MM. Bondonneau et Foret décrivent un nouveau procédé de *saccharification directe par les acides, de l'amidon contenu dans les cellules végétales*. Le glucose formé est extrait par la diffusion. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 15 *octobre* 1887. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Ch. Féré rappelle que dans une précédente communication il a montré que le nystagmus était fréquent chez les épileptiques. Aujourd'hui, il apporte une observation concernant un épileptique atteint de cette variété de tremblement qui s'exagère par instants et est accompagnée alors de sensations vertigineuses très accusées. Les cas de cet ordre sont rares ; Grainger Stewart en a rapporté néanmoins un observé chez un mineur. Ce vertige paraît à l'auteur relever de l'épilepsie et devoir être rapproché des secousses musculaires que l'on observe assez souvent chez ces malades.

M. Laborde, présentant un travail sur la cocaïne qu'il a fait avec M. Oudet, parle des dangers de l'administration de ce médicament. Un médecin, sous la gencive duquel un dentiste avait injecté cinq centigrammes de la substance, fut pris de syncopes telles qu'il faillit en mourir. Aujourd'hui que le prix de la cocaïne est devenu beaucoup moindre et que son emploi s'est beaucoup répandu, il importe de mettre ceux qui s'en servent en garde contre ses dangers.

M. R. Dubois continuant la série de ses recherches parle de la fonction photogénique de certains mollusques, les *Pholades*, assez rares, aujourd'hui sur les côtes de France. Les résultats, qu'il a obtenus confirment encore une fois l'opinion qu'il a émise : à savoir que dans ce sujet particulier la fonction parait être tout à fait indépendante de l'organe puisque la puissance colorante existe dans le tissu adipeux de certaines espèces et dans la tunique interne de l'intestin de certaines autres. Les polades ayant une fonction photogénique très active, l'auteur a pu recueillir le liquide lumineux qu'elles excrètent et il est aujourd'hui persuadé que la substance photogène se compose de deux matières : l'une albuminoïde, soluble dans la benzine qu'il propose de dénommer *luciférase* ; l'autre, d'aspect cristallin, à laquelle il donne le nom de *lucifèrine*.

M. Daremberg a fait, dans le laboratoire de M. Grancher, des inoculations de cultures tuberculeuses dans les méninges par trépanation et a obtenu une tuberculisation locale et une tuberculisation généralisée ; un de ses animaux a seulement présenté une tuberculose locale. Il est vrai qu'il avait été inoculé avec des produits peu actifs et que les cultures étaient anciennes ; l'auteur insiste également sur certains cas particuliers de mort très rapide survenus chez des cobayes.

M. Nocard. Il n'y a rien d'étonnant à ce que les cobayes soient morts beaucoup plus rapidement que les lapins. M. Arloing a montré que le pus scrofuleux tue ces premiers et respecte les seconds, et l'on sait depuis bien longtemps que lorsqu'on emploie des cultures fraîches et actives on tue beaucoup plus rapidement qu'avec les anciennes. Dans ces cas même il n'y a pas de lésions tuberculeuses appréciables à l'œil nu, alors que le microscope révèle que les tissus sont farcis de bacilles.

Comité secret à 5 heures. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 *octobre* 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. Ball fait une communication sur *les lésions de la morphinomanie*. La morphinomanie est bien connue de nos jours ; mais les lésions anatomiques, propres à cet état pathologique restaient ignorées. Aussi M. Ball a-t-il jugé utile de livrer à l'attention du monde médical un cas de morphinomanie avec lésions anatomiques à l'appui. Il s'agit d'une hystérique morphinomane qui est entrée à la clinique de Sainte-Anne, volontairement, dans le but de se déshabituer de ses fâcheuses habitudes. Tout d'abord on a tenté la suppression immédiate du chlorydrate de morphine, que le malade prenait chaque jour à la dose de un gramme. Cette suppression a entraîné aussitôt des accidents de collapsus, nécessitant le retour à l'emploi du médicament. On eut alors recours à la suppression progressive et graduée. L'insomnie et l'agitation furent combattues à l'aide de lavements de bromure et de chloral ; les phénomènes cardiaques nécessitèrent l'emploi du sulfate de spartéine, à la dose de 20 centigrammes par jour. Le traitement dura 42 jours, pendant lesquels la malade sembla jouir d'une santé parfaite. A cette époque, et d'une façon en quelque sorte soudaine, la malade tombe en état de collapsus et meurt. A l'autopsie, M. Ball constata une surcharge graisseuse du cœur avec un commencement de dégénérescence graisseuse des fibres musculaires, et un léger état de dégénérescence graisseuse de divers organes. L'examen clinique à révélé la présence de la morphine dans les centres nerveux, la rate, les reins et le foie. Ce fait démontre les dangers de la suppression brusque et la conduite à tenir en semblable occurence.

M. Créquy communique une note sur *la contagion de la variole à distance*. Cette note est basée sur l'existence d'une petite épidémie de variole que M. Créquy a observée à l'usine à gaz de la Villette, dans le voisinage de l'hôpital des varioleux d'Aubervilliers. Quatorze cas de variole ou de varioloïde se sont ainsi produits, à 230 mètres environ de l'hôpital des varioleux. A cette occasion, M. Créquy se demande quelle distance doit exister entre un hôpital de varioleux et les autres habitations ? Quoi qu'il en soit, dès le début de l'épidémie, M. Créquy avait prêché en vain la revaccination ; aussi regrette-t-il qu'une loi coercitive sur la vaccination et la revaccination ne soit pas encore inscrite dans le code de l'hygiène générale.

M. Magitot fait une communication sur *la glossodynie*, qu'il résume dans les conclusions suivantes : 1° Il existe un état pathologique de la langue, qui peut prendre dans le cadre nosologique le terme de glossodynie ; 2° Cet état est susceptible de revêtir deux formes distinctes : *a*) la forme rhumatismale affectant, soit la totalité du système musculaire de la langue, soit certains muscles isolément ; *b*) la forme névralgique unilatérale ou bilatérale ; 3° Les sujets atteints appartiennent presque toujours à la classe des asthmatiques et des névropathes ; 4° La glossodynie est ordinairement très tenace. Elle apparaît, soit d'emblée, soit après la manifestation rhumatismale ou névralgique. Son pronostic ne présente aucune gravité ; 5° Le traitement de la glossodynie relève des moyens ordinaires opposés aux autres manifestations de même ordre, c'est-à-dire pour les moyens généraux, les alcalins, le bromure de potassium, l'hydrothérapie ; pour les moyens locaux, les révulsifs, les injections hypodermiques, les applications de cocaïne ; ou bien la faradisation et les pointes de feu au galvano-cautère.

M. Bailly (de Chambly) fait une communication sur *un nouveau procédé de réfrigération locale par le chlorure de méthyle*. Ce procédé consiste à recevoir le jet du chlorure de méthyle sur un tampon de ouate sèche non hydrophile et de bourre de soie. Ce tampon emmagasine et conserve son activité réfrigérante dans des conditions très régulières.

M. Hayem lit, au nom de M. Peyraud (de Libourne), une note intitulée : *Etude comparative de la rage tanacétique et de la vraie rage*. L'essence de tanaisie a une action plus rabique sur le lapin que la vraie rage. Le maximum de l'action tanacétique se traduit par la tendance à mordre. La rage tanacétique se rapproche de la vraie rage par les lésions qu'elle produit (hémorrhagies sous-pleurales, infarcti sanguins du foie, mucosités spumeuses sanguinolentes de la trachée et des bronches). Tous ces phénomènes sont des faits d'excitation médullaire et surtout bulbaire et partant d'excitation des pneumo-gastriques. Ces lésions fonctionnelles peuvent exister sans poison rabique : de

simples méningites quelquefois les déterminent. La rage tanacétique n'est pas plus contagieuse que le tétanos strychnique.

M. Colin (d'Alfort) se demande la raison pour laquelle on donne le nom de rage à un ensemble d'accidents déterminés par la tanaisie.

M. Richelot fait une communication sur *la cure radicale des hernies et des hydrocèles congénitales*. M. Richelot vise spécialement les hernies congénitales. Dans les hernies inguinales, comme dans toutes les autres, la résection du sac est une des conditions de la cure radicale ; la résection totale du sac inguinal est toujours possible, soit dans les kélotomies par étranglement, soit dans les cures radicales faites de propos délibéré. La résection du conduit vagino-péritonéal est toujours possible dans les hernies congénitales sans ectopie ; elle l'est aussi quand le testicule est fixé vers l'anneau inguinal externe ou assez mobile pour y descendre. Elle peut se faire en conservant le testicule et renfermant la vaginale autour de lui. Elle est délicate et minutieuse. La résection du conduit vagino-péritonéal, sans hernie, se fait aussi bien et dans les mêmes conditions, quand une hydrocèle réductible permet de reconnaître la disposition congénitale. Elle supprime le canal séreux qui peut devenir un sac et a la valeur d'une cure radicale préventive.

M. Horteloup rapporte le cas d'un malade atteint d'un *cancer du pénis*, auquel il a amputé cet organe au moyen d'une anse galvano-caustique. Cette opération remonte à 4 ans et le malade jouit d'une excellente santé. La généralisation cancéreuse, à la suite du cancer de la verge, est rare ; il est indiqué d'enlever les ganglions inguinaux, lorsqu'ils sont tuméfiés. M. Horteloup repousse les amputations partielles et recommande la section des corps caverneux le plus loin possible.

M. Gréhant lit une note sur le *chauffage par les poëles sans tuyau*. Il en résulte que les poëles mobiles doivent être munis d'un tuyau communiquant avec une cheminée d'un bon tirage, de façon à ce qu'il n'y ait point de reflux des produits de la combustion.

M. Berger présente une malade, soignée à l'hôpital Tenon, pour une *plaie de l'abdomen* avec issue et blessure du côlon transverse et de l'épiploon, par un coup de couteau. Après suture de l'intestin et réduction, la guérison e produisit. Le résultat heureux de l'intervention a été favorisé par les circonstances qui ont permis au chirurgien de tout remettre en ordre en moins de trois heures après la blessure, par l'étroitesse de la plaie de l'intestin et la quantité très faible de matières intestinales qui avaient pu s'introduire dans le ventre. Mais l'opération a été rendue plus difficile par l'existence d'adhérences étendues et fort anciennes qui fixaient le grand épiploon à la région hypogastrique.

M. J. Chatin fait la lecture d'un rapport officiel sur les remèdes secrets, dont les conclusions négatives sont adoptées.

M. Vigouroux a adressé à l'Académie la lettre suivante à l'occasion de la communication faite par M. le Dr Danion dans la séance du 20 septembre : Je crois utile de mettre sous les yeux de l'Académie les extraits suivants d'un article que j'ai publié en 1884 dans le *Progrès médical*, sur la polarisation des électrodes et du corps humain :

« Quant à la force électromotrice de polarisation du corps, elle est plus faible de beaucoup et très difficile à constater. Les galvanomètres ordinaires sont insuffisants. Nous avons employé un électromètre horizontal de Lippmann, dans lequel la colonne de mercure se déplace d'un millimètre pour une différence de un quatre-centième de volt. Des électrodes ordinaires *neuves*, étant reliées aux bornes de l'instrument, nous les mettions très rapidement à la place que venaient de quitter celles qui avaient livré passage au courant. Ces électrodes ordinaires nous paraissent préférables, pour cet objet, aux électrodes impolarisables et à celles en platine. Malgré la grande sensibilité de notre instrument, nous n'avons pas réussi à mettre nettement en évidence le courant de polarisation du corps. La force électromotrice de ce courant est donc très faible, de l'ordre tout au plus des millièmes de volt. Elle siège probablement dans les couches superficielles de la peau, car pour le reste du corps le mouvement des liquides rend très difficilement admissible l'existence d'une polarisation. Mais c'est là un sujet à étudier en soi. En ce qui concerne la question actuelle, il nous suffit de pouvoir dire que le rôle de la polarisation des tissus est tout à fait négligeable..... En d'autres termes, les électrodes (et, si l'on veut, le corps) se comportent comme des accumulateurs qui se chargent pendant que le courant conserve la même direction et se déchargent dès qu'il est renversé. »

On voit que, dans son esprit et dans son résultat, cette expérience est identiquement celle rapportée en première ligne par M. Danion. L'objet de la présente note est simplement de constater cette coïncidence. Je ne conteste nullement d'ailleurs à M. Danion, ni l'initiative de la négation explicite de la polarisation des tissus animaux, ni l'originalité de ses autres expériences.

A. Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 14 octobre 1887. — Présidence de M. Millard.

M. Troisier communique un cas d'*intoxication saturnine causée par la manipulation de la braise chimique*. MM. Gérin-Roze et Duguet ont les premiers signalé cette cause d'intoxication (*Soc méd. des Hôp.*, 1885). La malade de M. Troisier était employée à l'empaquetage de la braise chimique dans un atelier dont l'atmosphère est constamment chargée de poussière de charbon. Les ouvrières présentent toutes, au bout de quelques semaines, des troubles divers qui caractérisent l'intoxication saturnine. M. Hanriot, agrégé de chimie, a fait l'analyse de cette braise chimique ; il a reconnu la présence du nitrate de plomb dans la proportion de 6 0/0 du poids du charbon.

M. Debove communique les observations de deux sujets atteints d'hystérie traumatique, sans aucun accident nerveux antérieurs. Le premier sujet est un homme de 24 ans, qui, étant en parfaite santé, tomba de 3 mètres de hauteur sur l'épaule droite. Peu après, il eut de la parésie, puis de la paralysie du bras, de la gêne de la déglutition, puis le membre inférieur se prit, le tout accompagné d'hémianesthésie. L'autre sujet a 23 ans. Il fait une chute de 6 mètres de hauteur dans un escalier, perd connaissance pendant deux heures. On constate, à l'hôpital, une hémianesthésie droite. Un mois après, attaques de nerfs violentes et fréquentes, hémiplégie droite incomplète, plaque hystérogène sur le pariétal droit. M. Debove croit que, dans ces derniers cas, le traumatisme a créé l'hystérie et non réveillé la maladie nerveuse latente. Il fait remarquer également que le maximum des signes se trouve là où a porté le traumatisme.

M. Barié a communiqué, au mois de juin, l'observation d'un phtisique avec abcès sous-cutanés multiples, sans bacilles ; néanmoins il avait considéré alors ces abcès comme étant tuberculeux. Gaucher a inoculé ce pus à des cobayes, conservés avec toutes les précautions nécessaires, et ceux-ci sont morts tuberculeux.

M. Chaslin, médecin-adjoint de Bicêtre, est nommé membre de la Société.

L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 octobre 1887. — Présidence de M. Polaillon.

M. Villeneuve, membre correspondant, envoie une observation de *plaie de tête par arme à feu* au niveau de la tempe droite.

M. Larrey remet sur le bureau une brochure de MM. Tirondi et Oldo intitulée : *Etudes étiologiques sur l'ulcère des pays chauds.*

M. Berger dépose une brochure de M. Böhmer intitulée : *Suture primo-secondaire des plaies* ; et d'autres de M. le Pr Zacharelli (de Parme) : *Hygroma de la bourse de Boyer* ; *Expériences sur la greffe osseuse*, etc.

M. Kirmisson fait une longue communication sur la *pathogénie des kystes dentaires*. Il a étudié, d'une façon spéciale, les préparations du Collège de France dues à M. Malassez, et il se range absolument à son opinion. Il admet la *théorie des débris paradentaires* et repousse celle de M. Magitot ou *théorie périostique*. Il se base : 1° Sur la présence d'un épithé-

lium à la face interne du kyste et sur ce fait qu'il est impossible d'admettre aujourd'hui la genèse spontanée de l'élément épithélial. Un organe conjonctif ne peut pas donner naissance à des cellules épithéliales. 2° Ce n'est pas du périoste qui se trouve dans l'alvéole de la dent, du moins un périoste analogue à celui qui recouvre les autres os. On sait aujourd'hui que ce prétendu périoste alvéolo-dentaire n'est qu'une masse de tissu ligamenteux d'où son nom actuel de *ligament suspenseur de la dent;* dans son intérieur, il y a des masses épithéliales nombreuses. 3° Les petits kystes dentaires se trouvent souvent appendus au sommet de la dent et sont toujours intacts, lorsque la dent est arrachée. S'ils se développaient aux dépens de ce ligament, étant donné ses adhérences à l'os, leurs parois seraient déchirées souvent. Ces kystes se forment par le développement de bourgeons fongueux et de vacuoles d'abord très petites.

M. Reclus rappelle qu'il a été le premier à exposer les idées de M. Verneuil au sujet de la pathogénie des kystes dentaires. Il y a longtemps que M. Verneuil a soupçonné la théorie de M. Malassez.

M. Magitot répond successivement aux trois points de l'argumentation de M. Kirmisson. 1° M. Kirmisson aura beau dire, la genèse spontanée de l'épithélium est un fait admissible et qu'on tend aujourd'hui à admettre, depuis les recherches de M. Renault (de Lyon). Il se repent d'avoir abandonné un moment cette opinion qui est sortie d'ailleurs de l'Ecole de Robin. Aujourd'hui on ne s'étonne plus de voir des épithéliums provenir de tissus d'origine mésodermique, de tissus de nature conjonctive ; et on a raison. Les faits et les préparations histologiques sont là pour montrer qu'on n'exagère rien. 2° Il est entendu aujourd'hui que le prétendu périoste alvéolo-dentaire est un ligament. M. Magitot en convient absolument d'ailleurs il n'a pas dit autrefois que c'était du périoste absolument analogue à celui des os ordinaires. Pour lui le ligament suspenseur de la dent est un vestige de la paroi folliculaire. Rien d'étonnant dès lors à ce qu'il contienne des éléments épithéliaux. 3° Si des vacuoles se forment dans ces éléments épithéliaux, ce sont de petits abcès dûs à de la périostite, mais ce ne sont pas là des *kystes dentaires typiques*. Ces derniers s'observent toujours au sommet de la dent, jamais sur les côtés, parce que c'est là seulement que peut se développer le kyste dentaire dit jadis périostique, c'est-à-dire ligamenteux. Il y a longtemps qu'on sait que ce ligament de la dent (puisque c'est ainsi qu'il faut appeler le périoste alvéolo-dentaire) peut donner naissance à deux processus différents (abcès, kystes), ayant un point de départ commun. On ne peut comparer cliniquement les vacuoles des masses épithéliales et leurs dérivés décrits par M. Malassez, avec les vrais kystes dentaires, dits périostiques. M. Magitot d'autre part prétend qu'il connait des cas où des kystes dentaires se sont déchirés en lambeaux lors de l'extraction de la dent.

M. Kirmisson n'a pas la prétention de convaincre M. Magitot; aussi ne veut-il pas défendre plus longtemps une théorie qui d'ailleurs n'est pas sienne; — ce n'est pas tout à fait le cas de M. Magitot, qui pourtant allègue de sérieuses raisons.

M. Pozzi lit une observation de *Pyosalpingite*.

M. Horteloup fait une très-intéressante communication à propos d'un malade qui présente des malformations congénitales très curieuses et assez rares. Il s'agit d'une homme, qui depuis sa naissance présente les malformations suivantes : Absence de pied à la jambe gauche et sillon circulaire très profond au niveau du point où se place la jarretière. En ce point, il n'y a que le *tibia* et les vaisseaux jambiers. Absence de phalangettes à différents doigts de la main droite. Au pied droit, orteils présentant des lésions analogues et plus marqués. M. Horteloup ne voit pas là un cas où il s'est produit des amputations congénitales par le procédé admis habituellement. Il ne croit pas qu'il s'agisse d'un cas d'aïnhum proprement dit, de cette maladie exotique si peu connue en France. Pour lui, il s'agit d'amputations congénitales, dues, non pas à des brides, à des adhérences, mais à un processus pathologique spécial, à une maladie fœtale, encore non décrite, placée sous la dépendance d'une altération du derme.

M. Reclus rappelle le traitement qu'il a fait subir à une petite jeune fille présentant un sillon circulaire analogue. Il a enlevé cette bride, mais elle était moins marquée que dans le cas de M. Horteloup. Pour lui, l'aïnhum est une maladie absolument spéciale aux pays étrangers, non observée en France et qui est bien distincte de ce qu'on désigne sous le nom d'amputations congénitales. D'ailleurs, il ne faut oublier que les nègres peuvent, comme les blancs, présenter des cas d'amputations congénitales, ce qui explique la confusion qui encore règne dans la science sur ce sujet. Il n'admet pas l'explication donnée par M. Horteloup, dont le cas, pour M. Reclus, est un cas ordinaire d'amputation congénitale.

M. Horteloup pense que dans ce cas il s'agit d'un processus pathologique, à début congénital, tout à fait spécial, différent de l'aïnhum, mais comparable à lui.

M. Routier lit une observation de *tumeur du doigt*, survenue à la suite d'introduction de débris d'écailles d'huitres sous les téguments.

M. le Dentu présente une pièce pathologique enlevé chez un homme. C'est un *tératome du scrotum* ou une *inclusion fœtale*. Il a fait, avant l'opération, le diagnostic, en se basant sur la situation de la tumeur à droite, sur la conservation du testicule, sur les poussées inflammatoires avortées, survenues il y a huit ans et sur le mode de début de la tumeur. Elle était congénitale. Il croit le diagnostic possible.

M. Després a vu un cas analogue.

M. Kirmisson rappelle qu'on a pu, deux fois, conserver le testicule lors de l'ablation de semblables tumeurs; ce qui prouve qu'il est nettement en dehors de la masse.

M. Delorme montre deux malades auxquels il a fait deux *arthrectomies*.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 27 juillet 1887. — Présidence de M. Créquy.

M. F. Vigier emploie la formule suivante dans la préparation d'un élixir de Terpine, qui renferme 50 centigrammes de cet agent, par cuillerée à bouche :

Sirop de miel Glycérine. . . . . Alcool à 95°	7 grammes.
Terpine	50 centigr.

pour une cuillerée à bouche. La terpine reste dissoute si l'on mélange une cuillerée de l'élixir avec un verre d'eau; dans une quantité moindre, elle se précipite.

M. Delpech désirerait connaître le dissolvant spécial qui existe dans la formule préconisée par M. Vigier.

M. Vigier répond qu'il constate simplement un fait et montre à l'appui de son assertion un flacon d'élixir préparé depuis un mois et resté parfaitement limpide.

M. Dujardin-Beaumetz présente un échantillon d'acide sulfureux dissous dans la vaseline liquide, suivant la méthode de M. Villi. A + 8° C., 100 gr. de suflure dissolvent 19.33 d'acide anhydre et, à + 14°, 2 grammes d'acide sulfureux hydraté. L'auteur emploie cette solution en injections hypodermiques, au nombre de 4 par jour, chez les tuberculeux, et paraît en avoir retiré d'assez bons résultats relativement à la diminution de l'expectoration.

M. Dujardin-Beaumetz a également expérimenté les inhalations d'acide sulfureux suivant la méthode employée à l'hôpital de Cherbourg : on fait brûler en chambre close 20 grammes de fleur de soufre par mètre cube, et on y introduit les malades douze heures après; ils y séjournent huit heures. Les bacilles disparaissent des crachats, l'expectoration, de jaune, devient blanchâtre et le sommeil est meilleur. Cette méthode est expérimentée depuis dix jours environ à l'hôpital Cochin, où elle a déjà donné de bons résultats.

M. F. Vigier rappelle que M. Féréol a préconisé un traitement à peu près identique dans la coqueluche.

M. C. Paul rapporte l'observation d'un malade guéri d'un tremblement alcoolique par les douches froides et les bains galvaniques. Ce malade présentait, en outre, un tremblement congénital qui résista au traitement. Les bains galvaniques lui paraissent très efficaces dans la guérison des tremblements toxiques, mercuriel et alcoolique ; ils améliorent le tremblement de la maladie de Parkinson, mais sont sans succès dans les cas de tremblement émotif et dans la sclérose en plaques.

M. CRÉQUY a traité des diabétiques par l'eau arsenicale lithinée, préconisée par M. Martineau. Chez un malade qui, avec le régime le plus sévère, présentait toujours 15 à 18 grammes de sucre, l'eau lithinée a fait descendre le taux à 2 grammes. Il emploie l'eau de Seltz lithinée arsenicale, pensant que pour contrôler des expériences il faut se mettre dans les mêmes conditions d'observation.

M. F. VIGIER emploie, avec un même succès, des pilules renfermant 10 centigrammes de benzoate, 5 centigrammes de salicylate de lithine, à la dose de 5 à 6 par jour.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ a également observé des améliorations considérables, mais jamais de guérisons complètes par l'usage du traitement lithiné.

Séance du 12 octobre 1887. — PRESIDENCE DE M. CRÉQUY.

M C. PAUL présente une nouvelle édition du *Formulaire des hôpitaux* qu'il vient de mettre au courant de la science et des récentes acquisitions de la thérapeutique, en collaboration avec M. Bourgoin. Puis il lit le compte rendu général des travaux de la Société pendant l'année 1887.

M DUJARDIN-BEAUMETZ continue à expérimenter à l'hôpital Cochin les inhalations d'acide sulfureux dans le traitement de la tuberculose. Cherchant à connaître quelle était la quantité de fleur de soufre qu'il fallait faire brûler par mètre cube d'air, il est arrivé à ce résultat, que la quantité varie avec la clôture plus ou moins hermétique de l'appartement. En faisant entrer les malades dans une salle où l'on a, quelques heures auparavant, brûlé de la fleur de soufre, on fait inhaler une quantité maximum au début, ce qui devrait être le contraire, aussi étudie-t-il le moyen de produire en permanence l'acide sulfureux. Quant aux injections d'acide sulfureux dissous dans la vaseline liquide suivant la méthode de M. Villi, l'auteur croit qu'elles se résument en l'introduction de sulfites et d'hyposulfites, procédé décrit depuis longtemps et rendu beaucoup plus pratique en faisant absorber le médicament par la voie buccale. En résumé, jusqu'à présent, les inhalations d'acide sulfureux ont diminué l'expectoration d'un premier groupe de malades, encouragé quelques autres à persévérer, et rendu plus souffrants ou tout au moins ont incommodé les patients d'un troisième groupe.

M. C. PAUL constate qu'aujourd'hui 4 gaz : l'oxygène, l'azote, l'acide carbonique et l'acide sulfureux luttent de concert pour guérir la tuberculose. Cela lui rappelle qu'à la fin du siècle dernier, à l'aurore de la chimie, on crut également à Montpellier, puisqu'on pouvait désormais produire les divers gaz de la respiration, avoir trouvé la véritable thérapeutique des maladies du poumon. La ville se couvrit d'officines à inhalations qu'il fallut du reste bientôt abandonner devant les insuccès. Espérons qu'avec les méthodes perfectionnées d'aujourd'hui il n'en sera heureusement plus ainsi.

M. DUHOMME considère le procédé employé par M. Dujardin-Beaumetz comme très défectueux ; la fleur de soufre ne produit de l'acide sulfureux qu'en empruntant à l'air l'oxygène nécessaire à sa transformation Les malades respirent donc dans une atmosphère complètement privée d'oxygène, ce qui ne parait guère salutaire de prime abord tout au moins.

GILLES DE LA TOURETTE.

NEUVIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES A WASHINGTON (*suite et fin*) (1).

Séance du vendredi 9 septembre (5e journée, *fin*).

SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILOGRAPHIE

M. le Dr A. R ROBINSON (de New-York) fait une communication sur *la pelade avec démonstrations de microbes*. Il passe en revue les observations de ceux qui lui donnent une origine nerveuse et de ceux qui lui donnent une origine parasitaire. Von Schlen a découvert des micro-organismes dans les follicules pileux, et d'autres observateurs en ont trouvé aussi ; les cultures n'ont toutefois pas donné de résultats. Cependant l'examen microscopique tendrait à prouver qu'il existe un microbe siégeant dans les parties profondes de la peau. Dans les cas avancés, il existe une atrophie de tous les tissus, à l'exception des vaisseaux. Les microbes se trouvent dans les espaces lymphatiques du chorion et dans la couche sous-papillaire. L'auteur conseille l'emploi du soufre, du pyrogallol, du mercure, etc., etc.

M. le Dr UNNA remarque qu'il est difficile de décider entre les deux théories.

M. les Drs RAVOGLI, KNAGGS, ZEISLER, REYNOLD et THIN prennent part à la discussion.

SECTION DE LARNYGOLOGIE.

M. le Dr CARMALT JONES (de Londres) lit un mémoire sur l'*action de l'épiglotte dans la déglutition*. Il croit que l'épiglotte saisit complètement l'ouverture du larynx, à laquelle elle se moule pour ainsi dire.

M. le Dr S. GLOVER ALLEN (de New-York) montre une nouvelle *anse galvanique* et un *écraseur*.

La tension longitudinale des cordes vocales, sa physiologie et ses modifications ; par M. le Dr DESVERNINE (de la Havane).

Le traitement du rétrécissement chronique du larynx et de la trachée par l'intubation ; par le Dr J. O DWEYER (de New York). Il cite une série d'observations qui prouvent que l'emploi du tube peut dilater le larynx au point de rendre la respiration facile.

SECTION DE CHIRURGIE DENTAIRE ET D'OTOLOGIE.

Cliniques sur les opérations dentaires ; par les Drs STARR, YUNGER et ADAIR.

M. le professeur BUSCH (de Berlin) fait une communication sur *La pathologie comparée des dents, avec mention spéciale de l'ivoire de l'éléphant*.

M. le Dr ANDRIEU (de Paris) lit un mémoire sur *la molaire de la sixième année*. Il conseille son extraction dès que les dents permanentes sont développées.

Les autres membres de la section s'opposent à cette pratique.

M. le Dr J.-S. MARSHALL (de Chicago) lit un rapport sur l'*opération pour la guérison d'une névralgie persistante des deux articulations temporo-maxillaires, et douleur réfléchie dans le plexus brachial droit*.

M. le Dr Alton H. THOMPSON (de Topeka) lit un mémoire intitulé : *La fonction influe-t-elle sur l'évolution de la structure ?*

SECTION DE CLIMATOLOGIE.

Lecture est faite des mémoires suivants :

L'effet de la lèpre sur les races hawaïennes ; par le Dr G. W. WOODS.

Le traitement indigène des maladies en Syrie ; par le professeur T. W. Kay, etc , etc.

SECTION DE GYNÉCOLOGIE.

M. le Dr H. O. MARCY (de Boston) fait une communication sur l'*histologie et le traitement chirurgical du myome utérin*.

M. le Dr CALEB R. REED lit un article sur *les pessaires inter-utérins*.

M. le Dr T. NELSON lit un mémoire sur *le traitement des myomes utérins par l'ergot*.

La cystite chez la femme ; par le Dr M. D. SPANTON (de Hanley).

Les résultats intimes du raccourcissement des ligaments ronds ; par le Dr W. L REID (de Glasgow).

M. le Dr J. H. KELLOGG (de Battle Creek) lit un mémoire sur l'*opération d'Alexander*.

Le Dr W. C. WADE (de Holly) lit un article sur *les déplacements de l'utérus*.

Le Dr J. T. JOHNSON (de Washington) sur *le traitement de la péritonite au début par une purgation active*.

On lit ensuite des travaux des Drs VUILLIET, HEWSON, et TRENHOLME.

SECTION D'ANATOMIE.

M. le Dr J. NEELY RHOADS (de Philadelphie) lit un mémoire sur l'*anatomie des rétrécissements*.

M. le Dr SPITZKA fait des communications sur *le mésencéphale du vrai reptile* et sur *les trajets nerveux inter-crâniens*.

M. le Dr A. H. P. LEUF (de Philadelphie) lit un mémoire sur *les méthodes à employer pour étudier l'anatomie* ; et le Dr F. W. LANGDON (de Cincinnati) sur *l'enseignement didactique de l'anatomie humaine*.

Discussion sur la *greffe cutanée*.

M. le Dr PANCOAST fait une communication sur le *péritoine dans ses rapports avec les organes abdominaux*.

SECTION DE THÉRAPEUTIQUE.

La chimie et la pharmacologie des nitrites et de la nitroglycérine ; par le Dr G. A. ATKINSON. Il énumère leurs propriétés toxiques et lit des observations d'expériences faites sur les animaux.

MM. les Drs MURRELL, UPSHUR, WADE, PHILLIPS et BRACKETT se joignent à la discussion.

Le poison du cobra ; par le Dr JULIUS GNESDA (de Berlin).

M. le Dr L LEWIN (de Berlin) lit un mémoire sur *les doses maximum de médicaments*.

(1) D'après des épreuves fournies par le *New-York Medical Record*. (Voir *Progrès médical*, nos 40, 41, 42.)

L'*action emménagogue des sels de manganèse*; par le Dr J. N. UPHEN (de Richmond).

Mémoires par MM. les Drs SHOEMAKER, CORSON et LIELL.

M. le Dr J. ANDEER (de Munich) fait une communication sur *la résorcine et ses préparations.* Il s'en sert depuis dix ans. Il a obtenu des résultats excellents dans l'eczèma et les maladies parasitaires de la peau.

Séance du samedi 10 septembre.

(6e journée).

SÉANCE GÉNÉRALE.

M. le Dr GRAILY HEWITT (de Londres) propose de remercier le Président des Etats-Unis et le peuple américain des efforts qu'ils ont faits pour amener à bonne fin le Congrès.

M. le Dr MARTIN prend la parole au nom de l'Allemagne. Le Dr LANDOLT au nom de la France, le Dr OWEN au nom de l'Angleterre.

M. le Dr J. B. HAMILTON leur répond.

M. le PRÉSIDENT annonce la clòture du Congrès.

SECTION DE CHIRURGIE (*suite*).

Vu l'importance de la communication de M. SHAKESPEARE sur l'étiologie du tétanos, nous en donnons ci-dessous un compte rendu très-détaillé :

M. E. O. SHAKESPEARE fait une étude sur la *nature infectieuse du tétanos traumatique.* Il a pratiqué plus de cinquante inoculations en se servant de deux méthodes : 1° Il a employé les inoculations intra-crâniennes en ayant recours aux procédés mis en usage par M. Pasteur dans ses expériences sur la rage ; 2° Il a essayé les inoculations sous-cutanées et les injections hypodermiques de divers liquides de l'organisme. Les précautions antiseptiques les plus minutieuses ont été prises dans toutes ces expériences ; aussi, aucun accident septique ne s'est jamais manifesté.

M. Shakespeare s'est presque toujours servi de la moelle pour pratiquer ses inoculations. Il en a fait des cultures dans de la glycérine de viande neutre et légèrement alcaline, se rappelant que la glycérine de Roux avait été recommandée pour la culture des bacilles de la tuberculose.

Les moelles tétaniques dont l'auteur a fait usage avaient été prises avec précautions sur un cheval et un mulet, puis conservées dans de la glace jusqu'au moment de l'expérience. Un petit morceau en fut alors détaché et agité fortement avec de l'eau distillée et stérilisée. Quand les matières solides ainsi mêlées au liquide furent précipitées au fond du vase, M. Shakespeare en prit une certaine quantité avec une pipette stérilisée et la déposa dans de petites coupes rendues également stériles. Il fit une série d'expériences dont voici les résultats résumés :

1° Huit lapins furent inoculés sous la dure-mère cérébrale entre le 1er et le 18 août, avec de la moelle de cheval tétanique. Un des animaux ainsi inoculés manifesta les premiers symptômes du tétanos au bout de quinze heures et mourut du tétanos vrai quarante-huit heures après la contamination. La période d'invasion de la maladie ainsi que sa durée totale furent donc considérablement abrégées parce que l'inoculation avait été faite de lapin à lapin.

2° Quatre lapins inoculés de la même façon sous la dure-mère crânienne présentèrent les premiers symptômes du tétanos au bout de vingt heures et moururent quarante-huit heures plus tard. En continuant les inoculations de lapin à lapin, les périodes d'incubation et de mort furent diminuées remarquablement.

3° Quatre lapins inoculés de même avec de la moelle de cheval conservée un jour de plus dans de la glace présentèrent les premiers accidents du tétanos au bout de vingt-quatre heures et moururent au bout de quarante-huit. Ici encore les inoculations de lapin à lapin diminuèrent la durée de ces laps de temps.

4° Trois lapins inoculés par la même méthode avec de la moelle de mulet présentèrent des phénomènes semblables à ceux que nous venons de voir plus haut.

5° Sept lapins furent inoculés sous la peau et dans les masses musculaires du dos avec de la moelle de cheval. L'un d'eux mourut au bout de dix-huit heures, un autre au bout de dix jours, mais sans avoir présenté des symptômes tétaniques. Un lapin fut inoculé sous la dure-mère avec la moelle d'un des sujets morts et vingt jours plus tard il se portait encore bien.

6° Un lapin fut inoculé par la méthode hypodermique le 1er août avec de la moelle de cheval. Huit jours plus tard cette inoculation fut renouvelée sous la dure-mère mais avec la moelle d'un lapin mort tétanique. Cet animal devint malade et mourut du tétanos. Sa moelle fut employée à faire une inoculation intra-crânienne à un autre lapin qui manifesta les signes du tétanos au bout de vingt heures, mais qui ne mourut que cinq jours après le début de l'expérience.

7° Six sujets furent inoculés sous la dure-mère crânienne avec des émulsions de moelles d'autres lapins morts du tétanos. Ces moelles avaient subi les manipulations indiquées par Pasteur pour l'atténuation du virus de la rage et dataient de 3 à 15 jours. Cinq de ces animaux moururent de tétanos. Cette affection apparut plus tardivement que chez les sujets auxquels on avait emprunté la matière à inoculer, la mort vint aussi plus lentement et cet accroissement de la durée de la maladie fut proportionnelle à l'ancienneté des moelles, c'est-à-dire au temps employé à les dessécher. Un des animaux qui servirent dans cette série d'expériences présenta des manifestations douteuses de tétanos mais il n'en mourut pas moins et subitement.

8° M. Shakespeare fit sous la dure-mère des inoculations avec la moelle d'un lapin mort du tétanos après inoculation avec de la moelle séchée pendant quinze jours. L'animal ainsi traité présenta les premiers symptômes du tétanos au bout de quarante heures et mourut sept jours après l'inoculation. Un autre sujet traité de même mourut au bout de vingt heures.

9° Sur trois sujets inoculés par la voie crânienne le 1er septembre avec des moelles tétaniques séchées respectivement pendant 23, 27 et 28 jours ; un seul, celui inoculé avec la moelle de 27 jours, manifesta dans les premiers temps de l'expérience et dans l'après-midi du 4 septembre une certaime difficulté de la mastication. Les deux autres animaux, inoculés avec des moelles de 23 et 28 jours ne présentèrent aucun trouble morbide jusqu'au 4 septembre, terme de l'expérience.

10° Le 18 août, trois inoculations hypodermiques furent faites et les sujets restèrent complètement sains. Le 1er septembre, on leur inocula, sous la dure-mère, les mêmes moelles que dans la série d'expériences précédentes. Le lapin qui avait reçu de la moelle de 23 jours, mourut le lendemain, mais sans convulsions tétaniques; celui qui avait été inoculé avec la moelle de 28 jours présenta le 4 septembre dans l'après-midi de la difficulté pour manger. Enfin l'animal ayant reçu la moelle de 27 jours ne présenta aucun accident.

11° Trois lapins furent inoculés sous la dure-mère cérébrale avec l'encéphale d'un cheval mort tétanique. Cinq jours plus tard (le 20 août) l'inoculation fut renouvelée. L'un de ces animaux resta bien portant jusqu'au 4 septembre, un autre n'eut rien d'anormal jusqu'au 2 septembre, mais dans l'après-midi de ce jour on remarqua qu'il n'avait nul appétit : ce malaise persista jusqu'au 4 septembre, dernière période de l'observation. Le troisième lapin manifesta de légers symptômes tétaniques le 3 septembre et ceux-ci persistaient encore le 4.

12° De la moelle de mulet fut injectée sous la peau du dos de deux lapins. Ceux-ci éprouvèrent un grand malaise; ils eurent un certain degré de paralysie légère, à la vérité, mais ils n'offrirent à l'observation aucun accident convulsif. Au bout de six heures, ils étaient radicalement guéris.

M. Shakespeare ayant eu recours à la moelle d'une vache, n'obtint, dans ce cas, que des effets très faibles et très vagues. Il pratiqua plusieurs autopsies de tétaniques et vit invariablement des congestions intenses des organes respiratoires, parfois des congestions des centres nerveux encéphaliques. La muqueuse stomacale était toujours saine.

De ses recherches, M. Shakespeare tire les conclusions suivantes : Le tétanos traumatique du cheval et du mulet est souvent, sinon toujours, une maladie infectieuse, transmissible aux autres animaux et probablement aussi à l'homme. Pendant les progrès de cette maladie, le virus est élaboré et multiplié et devient capable de produire la même maladie infectieuse chez certains autres animaux quand il est placé sous la dure-mère cérébrale. Ce virus est contenu dans la moelle de

l'animal atteint de tétanos. Il est, ainsi que le virus de la rage, capable de devenir plus virulent par l'inoculation sous dure-méréenne de lapin à lapin et il peut être atténué par l'exposition à l'air pur et à une température convenable, pendant un temps suffisant. Le virus tétanique a aussi, comme celui de l'hydrophobie, des effets beaucoup plus intenses, quand il est injecté sous la dure-mère, que lorsqu'on l'inocule sous la peau ou dans les muscles du dos.

M. Shakespeare réserve ses conclusions en ce qui concerne les effets prophylactiques des inoculations de virus atténué; il ajoute enfin que le tétanos traumatique des espèces animales inférieures et de l'homme est un état morbide infectieux, spécifique, provenant d'un virus également infectieux et spécifique, qui existe dans les tissus au siège de l'infection, dans le sang et dans le système nerveux central (1).

REVUE D'HYGIÈNE

V. L'inspection hygiénique et médicale des écoles; par le Dr Mangenot. — Masson, 1887.

VI. Traité d'hygiène militaire; par Morache (2e édition, 1886).

VII. Traité d'hygiène publique et privée; par Bouchardat (3e édition, 1887).

VIII. Assainissement de Nice. *Rapport au Conseil municipal*; Par le Dr Balestre. — Nice, 1887.

V. L'inspection hygiénique des écoles, à l'étranger, est restée plutôt hygiénique que médicale; elle s'occupe des bâtiments et du mobilier scolaires : dans quelques villes seulement cette inspection comprend aussi l'examen de l'enfant sain et de l'enfant malade, et recherche les affections contagieuses et parasitaires. En France, comme le montre le Dr Mangenot, une organisation sérieuse de l'inspection médicale des écoles n'existe pas, sauf dans quelques villes où elle a donné d'excellents résultats.

VI. Le lecteur trouvera dans cette deuxième édition de précieux renseignements sur un grand nombre de questions d'hygiène militaire : nous recommandons les chapitres relatifs à la construction des casernes, au vêtement et à l'équipement et à l'alimentation du soldat. Le livre V, sous le titre de la *Vie militaire*, comprend l'étude de toutes les situations et de tous les modificateurs qui peuvent influer sur la santé du soldat, dans des conditions sensiblement différentes de celles de la vie civile. La *désinfection* est traitée spécialement à propos de chacun des milieux où on la peut appliquer.

VII. Nous n'avons pas à analyser ici l'important traité d'hygiène du professeur Bouchardat, dont la troisième édition vient de paraître. Signalons seulement les nouveaux chapitres sur le choléra asiatique et sur l'atténuation des virus des maladies contagieuses : le traitement de la rage d'après la méthode Pasteur y est clairement exposé.

VIII. L'auteur étudie les différents systèmes qui pourraient être employés pour débarrasser une ville de ses matières fécales. La fosse fixe est condamnée de tous. Le système Berlier coûte trop cher et nécessite l'emploi des machines. Le tout à l'égout revient à un prix énorme; il nécessite des frais d'entretien considérables; il exige l'emploi de machines et il absorbe beaucoup d'eau. Le projet proposé par le Dr Balestre pour la ville de Nice est un *separate-system* fonctionnant non par l'emploi de machines mais par la pente. Les déjections sont rapidement chassées hors des habitations : les eaux ménagères suivent la même voie et favorisent l'entraînement des matières fécales : les eaux pluviales sont complètement séparées. A. M.

(1) Nous devons la traduction de ce travail, paru dans le *British medical Journal* à notre collaborateur, M. Isch-Wall, interne des hôpitaux.

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS. — Nous prions instamment tous nos lecteurs et toutes les personnes intéressées de bien vouloir nous adresser les renseignements qui les concernent avant le *30 Octobre*.

CORRESPONDANCE

Lettre de Vienne. — Congrès international d'hygiène et de démographie.

Vienne, le 12 Octobre 1887.

Monsieur et cher Directeur,

Les dernières séances du congrès ont été marquées par le triomphe des idées et des doctrines de Pasteur. Les adversaires de notre grand savant lui ont enfin rendu justice. Le succès est à peu près complet et tout esprit impartial reconnaitra à la lecture des documents qui ont été produits de quel côté se trouve la vérité. Ceux-là même qui attaquaient avec violence la pratique des vaccinations ont battu en retraite et s'ils ne déposent pas les armes c'est que, par amour-propre, ils tiennent à défendre leurs derniers retranchements. Le principe triomphe, qu'importe le reste !

Le sixième congrès d'hygiène n'aura pas été sans utilité pour la science et j'ajouterai volontiers pour la France. Chaque triomphe pacifique remporté sur le terrain international de la science doit être noté avec soin; c'est ainsi que l'influence française reprendra petit à petit la grande place qu'elle occupait jadis en Europe. Nous pouvons dire avec une certaine fierté qu'aux yeux de tous la science française a prouvé qu'elle savait marcher à la tête du progrès.

Un petit événement de date récente, a produit une certaine émotion dans le monde médical de Vienne. Le Ministre de l'Instruction publique vient de prendre une mesure disciplinaire qui est d'autant plus discutée qu'elle frappe un médecin sympathique connu par ses travaux. Le Dr. Lustgarten, assistant du professeur Kaposi, a été révoqué purement et simplement à la suite d'un incident fâcheux qui aurait dû se terminer autrement.

La cause de cette révocation est l'antagonisme, qui existe aussi bien en Autriche qu'en France, entre les médecins et l'administration des hôpitaux. Le Dr Lustgarten qui remplace en ce moment le professeur Kaposi avait signé la passage d'un de ses malades dans une salle de chirurgie. Ce passage était urgent et justifié par l'état du malade qui du reste a dû subir une opération chirurgicale. Monsieur le Directeur crut cependant devoir faire, en présence de l'infirmier qui lui portait la pancarte, certaines réflexions désobligeantes pour M. Lustgarten. Ces propos furent naturellement rapportés à l'assistant de Kaposi. M. Lustgarten envoya immédiatement au directeur, par le même infirmier une lettre non cachetée. Cette missive, dont on ne connait pas exactement les termes, était écrite sous l'influence de la colère, c'est dire qu'elle devait être très violente. Et la meilleure preuve est que le Ministre de l'Instruction publique, qui reçut communication de cette lettre, n'hésita pas à signer la révocation de M. Lustgarten. Cette mesure a soulevé bien des protestations; M. Bohm, le Directeur de l'hôpital général a des allures dictatoriales qui sont loin de lui attirer les sympathies du corps médical.

Le professeur Billroth, après une longue absence, a fait sa leçon d'ouverture le 10 octobre. Plus de cinq cents étudiants se pressaient dans l'amphithéâtre du grand chirurgien de Vienne et, dès qu'il apparut, il fut accueilli par des tonnerres d'applaudissements. Cette ovation plus chaleureuse que de coutume s'expliquait par la joie que ses élèves devaient éprouver en le revoyant en bonne santé, après une maladie qui avait inspiré des inquiétudes les plus vives à ses amis et à ses admirateurs.

J'ai eu aussi la bonne fortune d'assister à une leçon clinique du professeur Albert. Le rival du professeur Billroth parlait devant plus de trois cents étudiants et tout le monde était sous le charme de cette parole facile, élégante, chaleureuse du professeur Albert. Son succès est toujours grand, parce qu'il ne dédaigne pas de traiter les sujets les plus élémentaires, et il le fait avec une éloquence et une science incontestables.

En quittant la clinique du professeur Albert, j'ai été rendre visite au Dr Maydl. C'est un homme de 35 ans environ, de taille moyenne et d'un abord un peu froid, quoique très poli. Le Dr Maydl est un élève distingué du professeur Albert et il réunit les qualités de son maître et celles de Billroth. Il a le coup d'œil rapide de celui-ci, la science et l'habileté d'Albert,

mais sa réputation n'a pas encore dépassé le cercle des médecins et des chirurgiens de Vienne. Il n'aime guère à se produire. Il écrit très peu.

Ce chirurgien n'a pas ici la place qu'il devrait occuper. Après avoir été pendant 10 ans environ assistant du professeur Albert, il n'a à sa disposition que quelques lits. C'est donc un jeune qui attend le départ des vétérans de la chirurgie viennoise. Ici, comme à Paris, les plus grands talents peuvent s'étioler dans l'inactivité, quand la faveur et le hasard ne leur impriment pas une impulsion favorable.

J'ai voulu connaître, autant que faire se pouvait, l'état de la presse médicale à Vienne. Dix-neuf journaux de médecine paraissent ici, mais l'opinion générale est que la presse médicale viennoise n'est pas tout à fait à la hauteur du mouvement scientifique. PICHEVIN.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action de la cocaïne dans les maladies de l'estomac.

L'histoire de la coca n'est plus à faire. Nous n'avons donc pas l'intention de reprendre ce qui a déjà été exposé dans ces dernières années. L'histoire de la cocaïne a également suscité de nombreux mémoires qui, tous, ont mis en relief l'action anesthésique de cet alcaloïde sur les muqueuses extérieures. Mais, en même temps, les auteurs perdaient de vue, sinon l'origine première de l'avènement de cette substance en Europe, du moins le détail de son adaptation spéciale au but déterminé que les indiens lui avaient assigné en ce qui concerne l'estomac. D'abord, la coca leur servait à tromper la faim. En second lieu, ils ne mâchaient jamais de feuilles de coca sans leur associer des cendres connues sous le nom de llipta. Enfin, ils s'obligeaient à la continuité dans la mastication sous peine de perdre le bénéfice de leur traitement. Sans doute, la science moderne nous a démontré que la coca doit son action à la cocaïne qui, en insensibilisant la muqueuse stomacale, abolit la sensation de la faim, sans doute elle nous a révélé que la cocaïne appliquée sur les muqueuses a découvert les anesthésies, mais le jour où nos maîtres, je citerai par exemple M. Dujardin-Beaumetz, en ont par analogie prescrit l'ingestion stomacale, ils ont dû constater l'infidélité du médicament dans les affections gastriques. Pourquoi ?

C'est justement ce point qui mérite d'être discuté à nouveau, parce que c'est de la solution favorable du problème en question que résultera probablement une utilisation de la cocaïne qui ne le cède en rien, soit comme action bienfaisante, soit comme application pratique, au rôle du même alcaloïde par rapport aux muqueuses extérieures. Nous croyons intéressant à ce sujet de résumer les derniers travaux français.. Voici notamment comment MM. Salet et Afchain (de Saint-Germain) (1), ont procédé en de nouvelles recherches expérimentales. Après avoir une fois de plus constaté la trop courte durée de l'action de la cocaïne à faible dose, et, en revanche, sa toxicité à dose trop élevée, ils se sont proposé, par un artifice quelconque, d'en multiplier l'épandage sur la muqueuse stomacale. Or, Virchow et Cl. Bernard ont prouvé que les alcalins suractivent les fonctions des cellules de l'organe. L'hypersécrétion assurerait donc, dans l'espèce, la dilution de la cocaïne et par conséquent sa répartition uniforme sur la surface du revêtement muqueux. Les indiens ne faisaient, du reste, pas autre chose en additionnant de llipta leurs feuilles de coca ; il s'agissait en effet ici de chénopodées incinérées : outre que les oxalates de chaux et de soude représentés par ces cendres, ainsi mélangés à la coca, libéraient la cocaïne, ils provoquaient par le mécanisme indiqué sa dilution. C'est aussi ce qui a lieu lorsque, avec le chlorhydrate de cocaïne, on administre une proportion relativement forte de bicarbonate de soude.

(1) Voir *Congrès de Toulouse* 1887. Action bienfaisante de la cocaïne alcalinisée, associée à de faibles doses de morphine dans les affections douloureuses de l'estomac et du tube digestif.

Ce n'est pas tout, d'ailleurs, car, même dans ces conditions, la cocaïne, qu'elle soit ingérée à petites ou à hautes doses, n'exerce qu'une action fugace. Nous l'avons tous noté en pareilles circonstances, à telles enseignes, qu'à l'exemple de MM. d'Ardenne (de Toulouse (1) et Houel (2), nous sommes obligés, pour faire cesser une crise douloureuse, de la poursuivre à coups répétés d'ingestion ou d'injection médicamenteuse. Mais n'allons pas dépasser la tolérance, car nous déterminerions de l'hyperexcitabilité locale et générale, — n'allons pas prescrire une absorption cocaïnique par trop prolongée! Comment alors, avec une même dose de cocaïne, obtenir une persistance de son action anesthésique sans nuire à ses effets premiers. La physiologie a encore guidé MM. Salet et Afchain. La morphine, aux doses très minimes de 1 à 5 milligrammes complète l'anesthésie cocaïnique et la prolonge. Par conséquent, 2 à 8 milligrammes de cocaïne, joints à 1/2 à 1 milligramme de morphine enrobés dans un excès de bicarbonate de soude (doses moyennes) produisent sur la muqueuse gastrique des effets comparables à ceux d'une solution bien graduée de cocaïne sur une muqueuse accessible au pinceau. Naturellement, selon qu'on a affaire à des vomissements alimentaires, à de la dyspepsie, à de la gastralgie affectant telle ou telle forme, on intervient chez le malade par l'administration du médicament à tel ou tel moment; l'imprégnation de la muqueuse stomacale et la persistance de l'action anesthésique étant assurées, le patient n'a pas besoin de se bourrer de cocaïne. C'est ce que nous avons personnellement maintes fois contrôlé. P. KÉRAVAL.

BIBLIOGRAPHIE

Saint Thomas's Hospital Reports ; publiés par les Drs GULLIVER et CLUTTON. Volume XV ; J. et A. Churchull, éditeur.

Ce volume contient les mémoires ci-après : *Contribution à l'étude collective des malades*, par F. Le Gros Clark ; — *Cas de coexistence de deux ou plusieurs anévrysmes* ; par Seymour J. Sharhey ; — *Cas de neurorraphie ou de suture des nerfs*, par W. Mc. Cormac ; — *Ostéotomie du fémur dans un cas de difformité causée par l'ankylose de la hanche*, par le même ; — *Observations sur quelques maladies nerveuses obscures des enfants*, par W. B. Hadden ; — *De l'hygiène*, par Ed. Seaton ; — *De la cocaïne dans la pratique dentaire*, par C. E. Truman ; — *De la vaccination*, R. Cory ; — *Résultats statistiques de 46 cas de ponction proprostatique de l'urèthre*, pratiquées à l'hôpital St-Thomas durant les dix dernières années, par G. H. Makins ; — *Cas de perforation de l'appendice vermiforme*, par H. W. Mackensie ; — *Contribution à l'histoire de l'art dans ses rapports avec la médecine*, par W. Anderson ; ce travail est accompagné de douze planches reproduisant des frontispices ou des vignettes des plus curieuses empruntés aux anatomistes; — *Trois cas de chirurgie* (fract. du crâne ; — obstruction intestinale consécutive à une colotomie ; — emphysème des parois abdominales), par Ch. A. Ballance ; — *Deux cas d'élongation pour une névralgie du nerf dentaire inférieur*, par Bernard Pitts ; — *Section de la 2e branche de la 5e paire*, par H. Clutton ; — *Notice*, de M. S. G. Shattock, *sur les additions* faites au musée de l'hôpital durant l'année 1886, avec des planches et des figures représentant les pièces les plus intéressantes, parmi lesquelles deux spécimens « of Charcot's Disease » (arthropathie des ataxiques) ; — Biographie de Francis Mason.

On trouve ensuite les statistiques du service obstétrical (M. R. Cory), du service médical (M. Walter Baugh Hadden), du service chirurgical (W. H. Battle), du service ophthalmologique (G. D. Johnston).

Au volume est ajouté le « Calendar and Prospectus » de l'Ecole de l'hôpital St-Thomas, renfermant tous les détails utiles aux étudiants pour l'année 1886-87.

Comme on le voit, ce volume, ainsi d'ailleurs que les « Reports » analogues publiés par les autres Hôpitaux-Ecoles de Londres

(1) Voir *Congrès de Toulouse* 1887. De l'action de l'extrait de coca dans les affections de l'estomac.

(2) *Gazette des hôpitaux*, octobre 1887.

mérite d'être consulté. Il est illustré d'un grand nombre de figures. Quand verrons-nous de semblables publications en France, et particulièrement à Paris?

Sur la cataphorèse électrique ; Observations et notes ; par Antonio Boccolari. Communication à la *Société médico-chirurgicale* de Modène. Avril, 1887.

L'auteur, sous l'inspiration du professeur Galvagni, a expérimené l'action de la cataphorèse électrique dans trois cas de sciatique et en a obtenu de bons résultats, l'appareil dont il se servait était inspiré de celui d'Adamkiewicz. Il annonce, en outre, la prochaine publication de ses recherches sur le mode d'action de ce genre de traitement.

Pierre Marie.

Perversion du sens génital chez les épileptiques ; par P.-S. Kowalewsky (*Iahrb. für Psychiatrie, VII*).

Après avoir fait une comparaison des phénomènes communs au coït et à l'attaque d'épilepsie, l'auteur rappelle que cette dernière peut être produite par les excès vénériens. Dans huit cas différents, il a vu l'épilepsie se manifester après un premier coït. Dans un cas, une jeune femme, au moment d'un coït conjugal, fut tellement effrayée par un coup de tonnerre, qu'elle fut prise d'une attaque d'épilepsie et qu'il en fut ainsi depuis à chaque coït. A cette occasion, il survenait aussi un certain degré d'incontinence du sphincter anal. Elle guérit dans la suite, et les attaques ne se montrèrent plus que lorsqu'elle se livrait au coït avec excès. (Dans ces cas, ne s'agissait-il pas plutôt d'hystérie? P. M.).

Pour ce qui est du sens génital chez les épileptiques, Kowalewsky fait remarquer que c'est ordinairement chez les héréditaires que l'on voit survenir les perversions du sens génital et aussi l'épilepsie, que ces deux manifestations proviennent d'un même fait commun ; on ne sera pas surpris qu'elles puissent coïncider chez un même individu. L'auteur rapporte une observation d'un épileptique adonné à la bestialité et chez lequel existaient aussi des troubles cérébraux très caractérisés : il était fils de parents alcooliques.

Pierre Marie.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

1659. 31 *janvier*. — *Les religieuses s'opposent à la sortie des convalescents au détriment des malades.* — Monsieur Le Conte a dit qu'il n'a pas trouvé M. le Théologal pour l'advertir de la plainte que M. Forne a faite ledit jour contre une religieuse de l'Hostel Dieu, et Monseigneur le Premier Président ayant fait mander la mère Prieure luy a fait plaincte tant de ladite religieuse que de ce que les dites religieuses de l'Hostel Dieu empeschent qu'on fasse sortir les convalescents, luy a fait entendre le grand interest qu'il y a de faire cesser ce désordre, à quoy elle a promis de s'employer *autant qu'il lui sera possible.*

Ce « *autant qu'il lui sera possible* » est bien une formule propre au clergé. Promettre et tenir sont deux choses bien différentes pour les disciples du Christ. La loi jésuitique ordonne du reste la conciliation du mensonge, et il se trouve toujours un chef religieux quelconque chargé de veiller à l'inexécution des promesses de la mère Prieure. C'est un moyen facile de manquer à ses engagements.

1659. 11 *octobre*. — *Moribonds envoyés par les religieuses à l'hôpital général.* — Sur la plainte que Monsieur Lhoste à fait au bureau de ce que les religieuses de l'Hostel Dieu envoient à l'hospital general des malades, qui n'en sont point sortis pour venir audit Hostel Dieu, et en ont envoié quelques uns si indisposez qu'un est mort le lendemain et deux autres sont en grand danger de la vie, d'autres sont incurables, demeurant dans l'Hostel Dieu depuis longues années, qu'il serait à propos de règler ce désordre et pour cet effet y avoir quelque conférence entre Messieurs les administrateurs de ces deux hospitaux, ce que la Compagnie a agréé et remis ladite conférence aux premiers jours d'après la Saint-Martin (1). (*Délib*ns *Reg.*, 25 et *Doc*ts. Tom. I, p. 133).

(1) Les promesses de la mère Prieure et de M. le Theologal sont comme nous l'avons dit bien vite oubliées.

1659. 19 *novembre*. — Un de Mrs a dit que le Sr Cudefo ayant fait perquisition exacte dans les salles et offices de l'Hostel Dieu, des filles de l'Hôpital Général, dont il fut parlé le dernier jour, il ne les a sceu trouver et ne scait sy elles se retirent encore (1). (*Liasse* 875.)

On a vu que les Religieuses et les officiers de l'Hôtel Dieu, désireux de faire le moins de besogne possible, recueillaient les vagabonds et les mendiants, gardaient certains convalescents auxquels ils faisaient faire les travaux les plus pénibles, qui devaient cependant être faits par le personnel régulier de la maison.

Tous ces gens étaient logés, nourris et entretenus par les religieuses et prenaient la place des malades qu'on était obligé de refuser à l'Hôtel Dieu. Tous les règlements faits contre les bouches inutiles et les convalescents demeurèrent sans résultat.

Un arrêt de la cour du Parlement condamnant deux de ces convalescents convaincus de crime d'adultère dans les salles de l'Hôtel Dieu et que nous reproduisons plus loin, amène un nouveau règlement qui blâme les religieuses de négliger le service des pauvres auquel, par leurs vœux, elles s'étaient engagées.

1660. 7 *juillet*. — *Extrait des Registres du Parlement.* — Veu par la Cour le procès criminel fait par le Bailly de la Barre du Chapitre de l'Eglise de Paris à la requeste des Mrs Gouverneurs et administrateurs de l'Hostel Dieu de Paris, demandeurs et complaisans, le Procureur fiscal joint, contre Hierosme Breteur, dit Dubois, natif d'Evreux, et Marie Morin, veuve de deffunt François Chesneau, native de la ville d'Evron, deffendeurs et accusé d'adultère, exceds et voyes de fait commis par le sieur Breteur, aud. H. Dieu, appelant de la sentence contre eux rendue le 30 octobre 1636 par laquelle ledit Breteur et ladite Morin auroient esté declarez deument atteints et convaincus de crime d'adultère et d'avoir attenté ensemble dans ledit Hostel Dieu plusieurs actions salles et tendants ausd. crimes et encore ledit Breteur atteint et convaincu des violances et excez mentionnez au procez pour reparation desquels auroient esté condamnez, scavoir ledit Breteur à faire amande honorable nud, en chemise, tenant en main une torche ardente du poid de deux livres, en trois différents endroits des salles dudit Hostel Dieu et là, à haute et inteligible voix, dire et déclarer, que méchament, témérairement et comme mal avisé, il a commis ledit crime, voye de fait dont il se repent et demande pardon à Dieu et à justice, ce fait apliqué au carquan pour y demeurer six heures et banny à perpétuité desdites terres, seigneuries desdits Srs Demandeurs..., ladite Marie Morin condamnee à estre battue et fustigée nue de verge sous la custode, dans ledit Hostel Dieu. Neantmoin, à l'égard de ladite Morin, surcoiroient à l'exécution, attendu sa grossesse et sur ce que le Procureur fiscal auroit remontré *que la facilité qu'ont trouvé lesdits accusez et les autres convalescents dudit Hostel Dieu de demeurer dans ledit Hospital sans aucune permission desdits siens administrateurs, sous prétexte de s'employer à quelque travail, non seulement a donné lieu aus dits accusez de commettre ledit crime*, mais encore de plusieurs larcins qui se sont faictz cy devant dans ledit Hostel Dieu et peu encore à l'avenir de nouveau désordre au grand préjudice des Pauvres. Pourquoy auroit été ordonné que les antiens règlemens, notament celuy faict en l'an 1560 seront executez selon leur forme et teneur avec expresses inhibitions et deffenses à tous convalessens qui auroient esté malades dans ledit Hostel Dieu et généralement à toutes autres personnes de quelque âges, sexe et condition qu'ils soient, de s'ingérer ou s'immizer ou entremetre dans aucun employ, ouvrages dans ledit Hostel Dieu, en quelque sorte et manière et sous quelque prétexte que ce puisse estre s'ilz n'y sont receus ou placez par lesdits siens Gouverneurs enjoint ausdits Convalescents, qui par le Raport des médecins et chirurgiens ordinaires de l'Hostel Dieu se trouveront estre fort et valides et non détenus d'aucunes maladies de sorte à eux se retirer sans nouvelle occasion de nécessité de maladie, à peine destre les contrevenans punis corporellement ainsy quil sera ordonné et seroit ladite ordonnance leue et publiée par toutes les salles dudit Hostel Dieu et affichée à chacune desdites salles, au lieu le plus convenable à ce que chacun n'en prétende cause d'ignorance (2) (*Liasse* 875.)

(1) Il est impossible de se moquer plus effrontément des règlements des administrateurs.

(2) On voit par ce fait que les protégés des cléricaux ne sont, la plupart du temps, que des hypocrites. Quel est l'observateur qui n'a reculé de dégoût en étudiant les types parasites qui gravitent autour des soutanes et des coiffes! A corsaire, corsaire et demi, dit le proverbe ; mais quelle plaie pour la société !

Concours de l'internat : incidents.

Voici comment la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique* du 13 octobre apprécie l'incident du dernier concours de l'Internat :

L'Assistance publique vient de remettre tout à coup en vigueur — en rigueur — un règlement tombé justement en désuétude, en vertu duquel les élèves ne peuvent se présenter à l'internat que s'ils sont âgés de moins de vingt huit ans. Depuis plus de vingt ans, elle avait libéralement accordé les dispenses à tous ceux qui les demandaient, et l'internat ne s'en était pas plus mal porté... au contraire. Cette année, quelques semaines seulement avant l'ouverture de concours, elle a signifié un peu... brusquement aux internes provisoires âgés de plus de 28 ans, qu'ils ne peuvent pas concourir.

Cette pratique administrative soulève de légitimes et nombreuses protestations auquelles nous nous associons, et puisqu'il en est temps encore — (il est toujours temps de réparer une erreur), — nous espérons que l'Assistance publique reviendra sur cette fâcheuse détermination.

L'administration possède à sa tête un homme qui a jusqu'ici donné trop de preuves de son libéralisme, de son esprit de justice et de sa modération; il a trop de cœur pour recommencer le règne du bon plaisir, renouveler d'anciens et célèbres exploits et ne pas faire droit à de justes réclamations. Les candidats ont la raison de leur côté; l'administration a un règlement pour elle; mais ne peut-on pas lui dire : O règlement..., que d'inconséquences ne commet-on pas en ton nom!

Assassinat commis par un aliéné sur un aliéné.

Un crime a été commis à Versailles dans la nuit du samedi à dimanche, dans l'hospice civil situé rue Duplessis, dit le *Temps* du 18 octobre. Un ancien marchand de vins, M. Jean René Petit, âgé de trente et un ans, demeurant 22, rue de Satory, était atteint, il y a quelques jours, d'aliénation mentale. La famille le fit conduire à l'hôpital. On lui mit la camisole de force.

Dans une cellule voisine se trouvait un nommé Joseph Kernivion, âgé de quarante ans, sortant de la maison d'arrêt de Versailles. Celui-ci, qui était également atteint de folie, mais n'avait pas de camisole de force, brisa pendant la nuit la porte de sa cellule, enfonça celle de Petit. Etant armé d'un morceau de bois de lit, il se précipita sur le pauvre fou sans défense et le frappa violemment à la tête.

Petit est mort peu de temps après des suites de ses blessures. Quant à Kernivion, il a été aussitôt arrêté par les gardiens. On lui a mis la camisole de force. Petit, dont les obsèques auront lieu demain, était marié et père de deux enfants.

Asile public d'aliénées de Bordeaux.

Concours pour la nomination à une place d'interne en médecine à l'Asile d'aliénées de Bordeaux. — Le lundi 21 novembre 1887, à une heure précise, il sera ouvert à la Faculté de Médecine de Bordeaux, dans une des salles de Saint-Raphaël, un concours pour la nomination à une place d'Interne en médecine à l'Asile public d'aliénées. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à l'Asile, 145, cours Saint-Jean, bureau de la direction, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à quatre heures, du 1er au 17 novembre inclusivement. — *Conditions de l'admission au concours et formalités à remplir :* Pourront concourir à l'internat en médecine dans l'Asile d'aliénées de Bordeaux, tous les étudiants en médecine pourvus de douze inscriptions et âgés de moins de 30 ans révolus, le jour de l'ouverture du concours. Chaque candidat pour être inscrit au concours devra produire les pièces ci-après : 1° Un certificat constatant qu'il est pourvu de douze inscriptions en médecine ; 2° Un certificat de bonne vie et mœurs. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par l'affiche pour la clôture de la liste ne sera pas accueillie. — *Les épreuves du concours sont réglées comme il suit :* 1° *Epreuve d'admissibilité.* — Une épreuve écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie. Un délai de trois heures sera accordé pour la rédaction de cette composition. 2° *Epreuve définitive.* — Une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après un quart d'heure de préparation. Le maximum des points à accorder pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : Pour l'épreuve écrite, 30 points ; pour l'épreuve orale, 20 points. Le sujet de l'épreuve écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées avant l'ouverture de la séance, par le jury. Pour l'épreuve orale, la question est tirée au sort entre les questions rédigées et arrêtées par le jury avant l'ouverture de la séance. Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort à l'ouverture de la séance. Le jugement définitif porte sur l'ensemble des épreuves écrite et orale. Le premier reçu au concours sera nommé, par le Préfet, interne à l'Asile d'aliénées. Les deux qui suivent seront nommés internes provisoires et à ce titre pourront être appelés à suppléer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchements. L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages de l'interne titulaire chaque fois qu'il est appelé à le remplacer. La durée des fonctions des internes titulaires est de trois ans ; celle des fonctions d'interne provisoire de un an, mais avec faculté de prolongation, sans toutefois que cette prolongation puisse dépasser trois années. Les internes titulaires reçoivent, outre le logement, le chauffage, l'éclairage, le blanchissage et la nourriture, dans les proportions déterminées par les règlements, un traitement annuel de 600 francs Tout interne titulaire peut se faire recevoir docteur en médecine pendant la durée de son internat, sans être forcé de renoncer à ses fonctions.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 24. — Examens ayant lieu à 9 heures du matin. 1er *de Doctorat* : MM. Bourgoin. Guebhard, Villejean. — Examens ayant lieu à 1 heure. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Baillon, Lutz, Guebhard ; — (2e *Série*) : MM Gariel, Villejean, Blanchard.

MARDI 25. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gautier, Gariel, Blanchard : — (2e *Série*) : MM. Bourgoin, Guebhard, Villejean; — (3e *Série*) : MM. Lutz, Hanriot, Pouchet.

MERCREDI 26. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Regnauld. Gariel, Blanchard ; — (2e *Série*) : MM. Gauthier, Guebhard, Villejean ; — (3e *Série*) : MM. Lutz, Bourgoin, Hanriot.

JEUDI 27. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) ; MM. Baillon, Lutz, Pouchet ; — (2e *Série*) : MM. Gautier, Gariel, Blanchard. — 2° *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias Duval, Berger, Quenu. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Troisier.

VENDREDI 28. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gautier, Gariel, Villejean ; — (2e *Série*) : MM. Regnauld Baillon, Guebhard ; — (3e *Série*) : MM. Lutz, Blanchard, Pouchet. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Ollivier, A. Robin.

SAMEDI 29. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Bourgoin, Villejean, Guebhard. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Legroux, Campenon. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Dieulafoy, Troisier, Quinquaud.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Jeudi 27. — M. Gervais. A propos de quelques hépatites consécutives à la fièvre typhoide, observées en Nouvelle-Calédonie. — M Humblot. La variole traitée par la médication éthéro-opiacée, à l'hôpital Saint-Antoine (1882). — Mme Sollier. De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés.

Enseignement médical libre.

Analyse des urines. — Le Dr H. PICARD commencera le vendredi 21 octobre, à 5 heures, 13, rue Suger, un Cours public et gratuit sur l'analyse des urines et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 9 octobre 1887 au samedi 15 octobre 1887, les naissances ont été au nombre de 1148, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes. 424 ; illégitimes, 153. Total, 577. — *Sexe féminin* : légitimes, 415 ; illégitimes, 156. Total, 571

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 9 octobre 1887 au samedi 15 octobre 1887, les décès ont été au nombre de 847, savoir : 482 hommes et 365 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoide : M. 14, F. 7. T. 21. — Variole : M. 3, F. 2, T. 5. — Rougeole : M. 3, F 3. T. 6. — Scarlatine : M. 4, F. 1, T. 5. — Coqueluche : M. 2, F. 3. T. 5. — Diphthérie, Croup : M. 13 F. 5, T. 18. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 126, F. 56. T. 182. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 8. T. 19. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 4. T. 5. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 25. T. 39. — Méningite simple : M. 14, F. 9. T. 23. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 31, F. 26. T. 57. — Paralysie : M. 5, F. 1. T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 5. T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 21, F. 29. T. 50. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 6 T. 14. — Bronchite chronique : M. 23, F. 10. T. 33. — Broncho-Pneumonie : M. 7, F. 9. T. 16. — Pneumonie M. 16, F. 15. T. 31. — Gastro-entérite, biberon : M. 18, F. 13. T. 31. — Gastro-entérite, sein : M. 11, F. 8. T. 19 — Autres gastro-entérite : M. 4, F. 4. T. 8. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 11. F. 11, T. 22. — Sénilité : M. 8, F. 11. T. 19, — Suicides : M. 6, F. 6 T. 12. — Autres morts violentes : M. 5.

F. 3. T. 8. — Autres causes de mort : M. 93 F. 79. T. 172. — Causes restées inconnues : M. 4 F. 3. T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 70, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28, illégitimes, 10. Total : 38. · *Sexe féminin* : légitimes, 19; illégitimes, 13. Total : 32.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Travaux pratiques d'histologie* (année scolaire 1887-88, 1er semestre) sous la direction de M. RÉMY, agrégé, chef des travaux. Le laboratoire des travaux pratiques d'histologie (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine) sera ouvert, à partir du mardi 25 octobre 1887, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de 1 heure à 3 heures de l'après-midi. Les travaux pratiques d'histologie sont *obligatoires pendant le semestre d'hiver, pour tous les étudiants de troisième année.* Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les Etudiants. — Plusieurs des services de l'Ecole de Médecine, entre autres une partie de la *bibliothèque*, viennent de commencer leurs installation dans les nouveaux bâtiments du boulevard Saint-Germain. Enfin ! ! ! A quand l'Ecole pratique ?

CONCOURS DES BOURSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — Le mardi 25, à 8 heures du matin, commencera le concours des bourses de médecine à 9 heures, salle du Conseil.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LIMOGES. — M. DELOTTE, docteur en médecine est institué, pour une période de neuf ans, chez des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole. — M. RAYMONDAUD est nommé, pour trois ans professeur, à partir du 31 décembre 1887, à ladite Ecole.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — Un congé d'inactivité, jusqu'au 31 janv. 1888, est accordé à M. Ripoll, prof. à ladite école. — Sont nommés : 1° *Prof.* : MM. CHARPY, docteur en médecine, anatomie ; — TOUSSAINT, docteur en médecine, *physiologie* ; — SAINT-ANGE, docteur en médecine, *pathologie interne et pathologie générale* ; — TAPIE, agrégé des Facultés de médecine, *anatomie pathologique* ; — ANDRÉ, docteur en médecine, *hygiène et médecine légale* ; — BONNEMAISON, docteur en médecine, *clinique médicale* ; — CAUBET, docteur en médecine, *clinique médicale* ; — PENIÉRES, ancien agrégé des Facultés de médecine, *pathologie externe et médecine opératoire* ; — JEANNEL, docteur en médecine, *clinique chirurgicale* ; — LABIDA, docteur en médecine, *clinique chirurgicale* ; — LABAT, docteur en médecine, *clinique obstétricale et gynécologie* ; — BOSSET, docteur en médecine, *thérapeutique* ; — LAMIC, pharmacien supérieur de 1re classe, *botanique et zoologie élémentaire* ; — FRIBAULT, docteur en médecine, *chimie médicale* ; — DUPUY, pharmacien supérieur de 1re classe, *pharmacien.* — 2° *Chargés de cours* : MM. BROEMER, pharmacien de 1re classe, *matière médicale* ; — REY, licencié ès sciences physiques, *physique médicale* ; — 3° *Suppléants* : MM. ROCHARD, docteur en médecine, *anatomie et physiologie* ; — ROULE, docteur ès sciences, *histoire naturelle* ; — MAUREL, médecin principal de la marine, *pathologie et clinique internes* ; — 4° *Chef des travaux* · M. ROCHARD, docteur en médecine, *travaux anatomiques et physiologiques.* — M. CAUBET, professeur de clinique interne, est nommé, pour trois ans, à partir du 1er novembre 1887, directeur de ladite école.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Bucharest.* — M. le Dr BABÈS, professeur extraordinaire, vient d'être nommé professeur ordinaire d'histologie et de bactériologie. — *Faculté de médecine de Kasan.* M. le Dr Adambuyk sera remplacé comme professeur d'ophtalmologie par M. le Dr REICH.

EPIDÉMIES. — On signale une épidémie de variole à Saint-Denis et à Chesnay, près Versailles.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'internat.* A la suite des incidents que nous avons raconté dans notre dernier numéro (1), le concours de l'Internat a été reporté à lundi dernier. Les candidats seuls, porteurs de leurs cartes d'externes, ont été admis dans la salle de composition. La question posée à l'épreuve écrite a été : *Veines jugulaires* ; *Erysipèle de la face.* Les autres questions restées dans l'urne étaient : *Diaphragme* (An. et phys), *diagnostic de la pleurésie aiguë* ; — *Veine porte extra-hépatique* ; — *Signes, diagnostic et terminaison de l'étranglement herniaire.* — La lecture des compositions écrites est commencée. — Les sujets déposés dans l'urne lors de la première séance (14 octobre) étaient, dit-on, les suivants : *Rapports du rectum chez la femme, signes et diagnostic de la fièvre typhoïde* (question sortie) ; — *Veines saphènes, varices du membre inférieur sauf le traitement* ; — *Nerf crural, tétanos.* — *Concours de l'externat.* Le jury est définitivement constitué : MM. Brissaud, Musclier, H. Martin, Josias, Schwartz, Routier, Auvard. M. Schwartz est président du Jury. Le nombre des candidats s'élève à 400, parmi lesquels se trouvent huit étudiantes. La première séance a eu lieu le lundi 17 octobre à 4 h. Les séances ultérieures auront lieu les mardis, jeudis et samedis à quatre heures et demie. Les quatre premières séances seront consacrées aux candidats qui sont engagés conditionnels d'un an. Les candidats ont eu à traiter les questions suivantes dans les deux premières séances : 1° *Le diaphragme* ; 2° *Articulation du genou.*

(1) Voir *Progrès médical*, n° 42, p. 311 et n° 43, p. 319 et 329.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — M. le Dr de CHAPELLE, médecin-aide, à l'hôpital Saint-Jean, est nommé médecin en chef, en remplacement de M. le docteur de Lagarde, démissionnaire.

HÔPITAUX DE LYON. — Le concours pour 13 places d'Internes des hôpitaux de Lyon s'est terminé jeudi soir 14 octobre. Le jury se composait de MM. Aubert, Chappet, Colrat, Mayet, Poncet, Vinay et Vincent. Les questions sorties de l'urne ont été les suivantes : Anatomie et physiologie : *Les veines caves* ; — Pathologie externe : *Le phlegmon diffus* ; — Pathologie interne : *Symptômes et traitement de l'insuffisance mitrale* ; — Questions de garde : *Empoisonnement par la belladone, traitement de l'épistaxis, indications de la version.* Les candidats nommés sont MM. Doyon, Berthet, Bonnaud, Curtillet, Durnarin, Didier, Duchesneau, Bret, Courmont, Brosset, Chapotot, Toussaint, Fayard.

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — *Concours d'élèves en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux.* Le lundi 5 décembre 1887, à 8 heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour quatre places d'élèves internes. Le lundi 19 décembre 1887, à 3 heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital et pour dix places d'élèves externes. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration des hospices de l'Hôtel-Dieu et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence. Les candidats pour le premier concours auront de plus à justifier du nombre de douze inscriptions et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

STATUE A THUILLIER. — Une statue de Thuillier, mort victime de son dévouement à la science, va sous peu être érigée à Alexandrie.

NÉCROLOGIE. — L'*Echo du Nord* donne les détails suivants sur la mort dramatique du Dr Ch. Passant, engagé conditionnel, qui a été brûlé vif à la salle de police : Un jeune docteur en médecine de Paris, M. CHARLES PASSANT, âgé de vingt-trois ans, incorporé au 43e de ligne, service de santé, à Lille, pour y faire son volontariat, était conduit jeudi soir à la salle de discipline de l'hôpital militaire. Pour tromper la longueur de la détention, Passant se coucha en arrivant à la salle de police, et, après avoir approché une bougie de son lit, se mit à lire. La lecture le fatigua bientôt ; c'est alors que, sans avoir pris la précaution de repousser son luminaire, il s'endormit. Une douleur aiguë le réveilla quelques instants après : le feu venait d'éclater dans la literie. Passant se leva ; mais bientôt il tomba asphyxié par la fumée épaisse qui remplissait la salle. C'est alors que le malheureux jeune homme fut brûlé et ne tarda pas à succomber. Ce n'est que vers cinq heures du matin, qu'attiré par la fumée qui sortait de la salle de discipline, le caporal de service se rendit compte de ce qui se passait. Immédiatement, il donna l'alarme ; mais il était trop tard, Passant avait rendu l'âme. Une grave responsabilité incomberait, dit-on, au caporal, qui aurait eu le tort de laisser introduire dans la salle de discipline une bougie. — M. le Dr WAHU, ancien médecin principal de l'armée ; il vota en 1852 contre le rétablissement de l'empire. On lui doit quelques travaux d'hygiène concernant l'Algérie où il séjourna longtemps.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, 19, rue Hautefeuille.

DU MESNIL (O.). — La variole à Paris, nécessité de la création d'un institut vaccinal public. Brochure in-8 de 31 pages,

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71